Aus dem Institut für Medizinische Soziologie
der Universität Düsseldorf
Direktor: Prof. Dr. Christian von Ferber

Zur Sinnhaftigkeit von Krankenscheindiagnosen

Dissertation
zur Erlangung des Grades eines
Doktors der Medizin
der Medizinischen Fakultät
der Universität Düsseldorf

vorgelegt von
Holger Friedrich und
Gert Grellmann

1983

UNIV.
LIBRARY
IOWA

Aus dem Institut für Medizinische Soziologie
der Universität Düsseldorf
Direktor: Prof. Dr. Christian von Ferber

Zur Sinnhaftigkeit von Krankenscheindiagnosen

Dissertation
zur Erlangung des Grades eines
Doktors der Medizin
der Medizinischen Fakultät
der Universität Düsseldorf

vorgelegt von
Holger Friedrich und
Gert Grellmann

1983

Gedruckt mit Genehmigung der Medizinischen Fakultät
der Universität Düsseldorf.

Der Dekan
der Medizinischen Fakultät
der Universität Düsseldorf

gez.: Prof. Dr. Brüster

Referent
gez. Prof. Dr. von Ferber

Korreferent
Prof. Dr. Jesdinski

Unseren Eltern

Digitized by the Internet Archive
in 2026

https://archive.org/details/IA41543915_0051

Prof. Dr. C. v. Ferber regte diese Arbeit an. Er, wie auch seine Gattin, Frau Dr. L. v. Ferber, trugen durch stete Ansprechbarkeit, großes persönliches Engagement und viele methodische Hinweise sehr zum Gelingen der Arbeit bei.

Ihrer stetigen ermutigenden Kritik verdankt die Arbeit ihre jetzige Form.

Vielen Dank!

GLIEDERUNG DER ARBEIT

A. Einleitung

1. Rahmenbedingungen S. 6
2. Die Aufgabe der Pilotstudie S. 7
3. Fragestellung S. 8
4. Stand der Literatur S. 11
5. Zur Methode der Untersuchung S. 14

B. Dokumentenanalyse

1. Anlage der Untersuchung und Probandenauswahl S. 16
2. Durchführung S. 22
   2.1 Datenlage S. 22
   2.2 Ziehung der Stichprobe S. 22
   2.3 Datenschutz S. 23
   2.4 Erhebung der Daten S. 26
   2.5 Fehlersuche und Erhebungskontrolle S. 29
   2.6 Bereinigung des Samples S. 30
3. Auswertung S. 31
   3.1 Findung der Kategorien, Definitionen, Kommentar S. 31
   3.2 Auswertung der Daten nach den Kategorien S. 44
   3.3 Weiterführende Interpretation zur Aussagefähigkeit von Krankenscheindiagnosen S. 59
   3.4 Arztwahl S. 61
      3.4.1 Abhängigkeit der Arztwahl vom Ausbildungsstand der Patienten S. 66
   3.5 Weitergehende Fragestellungen an die erhobenen Daten S. 68
      3.5.1 Ist die ICD für die Dokumentation kassenärztlicher Diagnosen geeignet? S. 68
      3.5.2 Unterschiede im Diagnosespektrum von Internisten und Praktikern S. 74

3.5.3 Patienten- und arztbezogene Dokumentationsinhalte auf Krankenscheinen S. 77
3.5.4 Was ist Arztkontakt, was ist Praxisbesuch? S. 80

C. Ärztebefragung

1. Fragestellung S. 82
2. Durchführung S. 84
   2.1 Ausarbeitung des Interviewleitfadens S. 84
   2.2 Auswahl der Ärzte S. 85
   2.3 Verlauf der Befragung S. 87
3. Auswertung S. 88
   3.1 Zusammenfassung der Meinungen von Praktikern S. 88
   3.2 Zusammenfassung der Meinungen von Internisten S. 97
   3.3 Vergleichende Zusammenfassung S. 107

D. Diskussion der Ergebnisse der Ärztebefragung mit denen der Dokumentenanalyse S. 114

E. Anhang

1. Tabellen zum Text S. 122
2. Abb. 11 "Interviewleitfaden für die Ärztebefragung" S. 131

F. Literatur S. 134

Abbildungsverzeichnis

Abb. 1: Die drei Krankheitsgruppen, die wir in die Untersuchung einbeziehen S. 19

Abb. 2: Auszug aus dem Tätigkeitsschlüssel der Bundesanstalt für Arbeit S. 25

Abb. 3: Erhebungsbogen für AU-Bescheinigungen und Krankenscheine S. 28

Abb. 4: Anteil der AU-Bescheinigungen mit Kurz- und Einwortdiagnosen an denen ohne Befund S. 47

Abb. 5: AU-Bescheinigung (Kurz- und Einwortdiagnose ohne Befund) S. 48

Abb. 6: Therapieprogramm S. 54

Abb. 7: Diagnostikprogramm S. 55

Abb. 8: Allgemeinabrechnung S. 56

Abb. 9: Verteilung der behandelnden Ärzte S. 62

Abb. 10: ICD-Verschlüsselung und mögliche Störfaktoren S. 69

Abb. 11: Interviewleitfaden für die Ärztebefragung, Anhang S. 131

Tabellenverzeichnis

Tab. 1 - 21:	Zahlen zu den Kategorien für AU-Bescheinigung und Krankenschein, Anhang	S. 122
Tab. 22:	Übersicht über die Verteilung der wichtigsten 4 Arztgruppen auf die 3 Probandengruppen	S. 63
Tab. 23:	Darstellung der Hausarztverteilung nach Probanden- und Arztgruppen	S. 65
Tab. 24:	Arztwahl in Abhängigkeit von sozialem Status	S. 67
Tab. 25:	Arztwahl in Abhängigkeit von der Ausbildung	S. 67

Abkürzungsverzeichnis

Im Verlauf der folgenden Arbeit werden folgende Abkürzungen verwandt:

AU = Auf = Arbeitsunfähigkeit

KS = Kassenschein = Krankenschein

KV = Kassenärztliche Vereinigung

VäD = Vertrauensärztlicher Dienst

BMÄ = Bewertungsmaßstab Ärzte

RVO = Reichs-Versicherungs-Ordnung

ICD = International Classification of Diseases, Injuries and Causes of Death (11)

BMV-Ä = Bundesmantelvertrag-Ärzte

DV = Datenverarbeitung

NA = niedergelassener Arzt

Praktiker = Arzt = Arzt für Allgemeinmedizin

Wir haben uns entschieden, die alte Bezeichnung "Praktiker" weiter zu verwenden, weil es uns im einzelnen Fall nicht möglich gewesen ist, für jeden Arzt zwischen "Arzt" und "Arzt für Allgemeinmedizin" zu unterscheiden. Für unsere Fragestellung halten wir diese Unterscheidung nicht für bedeutsam.

A. EINLEITUNG

A. 1 Rahmenbedingungen

Das Vorhaben "Modell-Berichtssystem für das Leistungsgeschehen in der GKV" hat zum Ziel, auf der Grundlage der Datenbestände einer Ortskrankenkasse ein Modell-Berichtssystem zu entwickeln. Ein solches Berichtssystem soll die Steuerung des Leistungsgeschehens in der GKV erleichtern, indem es mehr Transparenz in bezug auf

- die Inanspruchnahme der ärztlichen Versorgung durch die Versicherten
- die Entwicklungen des Leistungsverhaltens von Kassenärzten sowie
- die Entscheidungsprozesse der Versicherten und Ärzte

herstellt.

Das Projekt wird gemeinsam von der AOK Dortmund und der Arbeitsgemeinschaft der Universität Düsseldorf durchgeführt.

Diese Arbeitsgemeinschaft besteht aus dem Institut für medizinische Soziologie (Prof. v. FERBER), dem Intitut für Biomathematik und Statistik (Prof. JESDINSKY) sowie dem Universitätsrechenzentrum (Prof. KNOP). Das Projekt wird im Forschungsprogramm "Forschung und Technologie im Dienste der Gesundheit" von der Gesellschaft für Strahlen- und Umweltforschung - Bereich Projektträgerschaften - gefördert.

Die Aufgabe besteht in der Rekonstruktion von Patienten- und ärztlichen Entscheidungen auf der Grundlage von Unterlagen der Krankenkassen.

Die im folgenden dargestellte Untersuchung ist Teil des

beschriebenen Forschungsprojektes. Sie soll die Durchführbarkeit des Projektes prüfen und ist somit als "feasibility study" zu betrachten.

In der Pilotstudie sind folgende Aufgaben zu lösen:

- Entwicklung eines Erhebungsinstrumentes
- Datenerhebung
- Kontrolle und Auswertung der Daten

- zur Klärung von Zweifelsfragen der Dokumentenanalyse: Durchführung einer Ärztebefragung

- Abfassung des Berichtes

A. 2 Die Aufgabe der Pilotstudie ("feasibility study")

In der Pilotstudie sollen die spezifischen Inhalte von Diagnosen auf Krankenscheinen geklärt werden.

Für die Verwendung von Kassenscheindiagnosen in einem Modellberichtssystem muß zuvor ihre Bedeutung präzisiert werden. Die Bedeutung der Diagnosen läßt sich aus ihrem Verwendungszusammenhang erschließen. Die Frage des Bedeutungsgehaltes oder der Sinnhaftigkeit meint hier dreierlei: Einmal sind die patientenbezogenen Inhalte der Krankenscheindiagnosen festzustellen. Zu klären ist die Aussage der Krankenscheindiagnose zur Art der Erkrankung des Patienten, zum Verlauf der Erkrankung sowie zur Dauer und Frequenz der Krankheitsepisoden.

Zum anderen soll der Frage nachgegangen werden, inwieweit das Krankheitsgeschehen, das Patientenverhalten und das Ärzteverhalten voneinander abhängig sind, und ob die Informationen auf Kassenscheinen, insbesondere die Diagnosen, hierzu einen Aufschluß geben.

Und schließlich soll unter der Frage der Sinnhaftigkeit

von Krankenscheindiagnosen untersucht werden, inwieweit diese Diagnosen epidemiologischen Fragestellungen dienen können.

A. 3 Fragestellung

Aus den Aufgaben der Pilotstudie ergeben sich für die folgende Untersuchung die folgenden Anforderungen und Fragestellungen. Diese sind einerseits methodischer Art und zum anderen greifen sie sozialmedizinische Themen auf, deren Bearbeitung über die Auswertung von Krankenkassenunterlagen erfolgversprechend erscheint.

1. Methodische Grundlagen

- Rekonstruktion von Patientenkarrieren anhand von 200 ausgewählten Versicherten der AOK Dortmund.

  Will man die in einer OKK vorhandenen Daten auswerten, ist man zunächst an die herkömmliche Archivierung gebunden. Die Krankenkassen bewahren ihre Unterlagen arzt- und quartalsbezogen auf. Die Aufbewahrung gestattet nur arztbezogene Querschnittsuntersuchungen für jeweils ein Quartal. Patientenbezogene Auswertungen sind jedoch nur im Längsschnitt sinnvoll. Daher haben wir die vorhandenen Daten patientenbezogen über einen Zeitraum von 4 Jahren geordnet. Die so geordneten Daten stellten sich uns als "Patientenkarrieren" dar. Durch diese Umordnung vorhandenen Materials ist es uns möglich, das Verhalten von Arzt und Patient personenbezogen und über einen längeren Zeitraum zu beobachten.

- Erarbeitung und Anwendung von Methoden, die für die Auswertung der vorliegenden Daten geeignet sind.

  Die Dokumente der Krankenkassenverwaltung erfordern - da unter anderen Absichten gesammelt - für eine Auswertung

in der hier vorliegenden Form eine methodische Aufbereitung. Die Soziologie kennt zur Analyse solcher Dokumente sowohl qualitative als auch quantitative Methoden. Die qualitative Analyse bedient sich u. a. der Findung und Anwendung von Kategorien, unter denen die dokumentierten Inhalte geordnet und interpretiert werden können, während die quantitative Analyse versucht, die Inhalte vorhandener Dokumente zu standardisieren und statistisch auszuwerten. Unsere Pilotstudie bedient sich hauptsächlich der qualitativen Analyse. Eine zusätzliche quantitative Auswertung zeigt Tendenzen auf.

2. Sozialmedizinische Fragestellungen

- Darstellung von Arztwahl und Inanspruchnahmeverhalten der Probanden sowie Behandlungs- und Dokumentationsmuster von niedergelassenen Ärzten.

Diese Fragestellungen sind in der gegenwärtigen gesundheitspolitischen Diskussion von Bedeutung. Es ergeben sich folgende Fragen an die Krankenkassen:

- Wie stellt sich die Inanspruchnahme von Primärärzten (niedergelassene Allgemeinärzte) im Verhältnis zu Sekundärärzten (niedergelassene Fachärzte) dar?
- Durch welche Größenordnung ist die Inanspruchnahme von niedergelassenen Ärzten überhaupt gekennzeichnet?
- Unterliegt das Inanspruchnahmeverhalten Steuerungen?

Durch die oben beschriebene Umordnung der vorhandenen GKV-Prozeßdaten zu Patientenkarrieren lassen sich Antworten auf diese Fragen finden. Durch die Auswahl von Patienten aus definierten Krankheitsgruppen ergeben sich vergleichbare Patientenkarrieren. Eine solche Vergleichbarkeit ermöglicht Aussagen über Verteilung und Struktur ärztlicher Behandlungs- und Dokumentationsmuster.

- Aufzeigen von Problemen der ICD-Verschlüsselung

Die Diagnosen auf GKV-Dokumenten sind mit der dreistelligen ICD verschlüsselt. Bisherige Auswertungen von GKV-Dokumenten basieren auf der Rückschlüsselung dieser Schlüsselziffern. Hieraus ergab sich eine Reihe von Unschärfen und Verzerrungen, die die Aussagefähigkeit einer Auswertung erheblich beeinträchtigen. Wenn man weiterhin GKV-Prozeßdaten zur Darstellung des Leistungsgeschehens heranziehen will, so ist es nötig, Ausmaß und Art der Verzerrungen zu kennen. Durch Rückgriff auf die Originaldiagnosen und deren Vergleich mit den verschlüsselten Diagnosen sind wir in der Lage, zum einen die Größenordnung und Richtung der Verzerrung abzuschätzen und zum anderen sie aus unserer Arbeit herauszuhalten.

- Auswertung von AU-Bescheinigungen und Kassenscheinen nach edidemiologischen Gesichtspunkten.

Es wird immer wieder die Frage aufgeworfen, ob die Inhalte von Krankenkassendokumenten überhaupt zutreffende Aussagen über die Erkrankungen der Versicherten geben können. Durch unsere Zusammenführung von verschiedenen Dokumenten wie AU-Bescheinigungen, Kassenscheinen, Krankenhaus-, Kur- und Vertrauensärztlichen Berichten in einer Patientenkarriere ergibt sich eine Krankengeschichte, deren Authentizität durch den breiten Querschnitt sowie durch die einander ergänzenden,korrigierenden und bestätigenden Angaben verschiedener Ärzte sichergestellt ist.

- Ergänzung der Ergebnisse der Dokumentenanalyse durch die Auswertung einer nachfolgend durchgeführten Befragung niedergelassener Ärzte.

Die Notwendigkeit der Durchführung einer solchen Ärztebefragung ergab sich im wesentlichen daraus, daß die von uns gefundenen ärztlichen Verhaltensmuster an der unmittelbaren Erfahrung überprüft werden sollten. Um die Zuverlässigkeit und die Realitätsnähe der von uns vorgenom-

menen Kategorisierungen festzustellen, sollte eine Interpretation der von uns gefundenen Auffälligkeiten durch niedergelassene Ärzte erfragt werden.

A. 4 Stand der Literatur

Es gibt bisher erst einige wenige Untersuchungen zur Auswertung der Abrechnungsunterlagen von KVen und Krankenkassen. Begründung für die geringe Aufmerksamkeit, die die Forschung bisher diesem Gegenstand zugewendet hat, ist der schwierige Zugang zu den Unterlagen.

Die Zugänglichkeit der Daten für eine Auswertung ist vor allem durch die Art ihrer Aufbewahrung erschwert. Die Krankenkassen bewahren die Abrechnungsunterlagen, die sie über die KVen erhalten, quartalsweise und arztbezogen auf. Diese Ablage der Dokumente behindert einen patientenbezogenen Zugriff. Die Menge der anfallenden Daten, die auf Abrechnungsunterlagen vorhanden sind, setzt eine DV-mäßige Aufbereitung voraus.

Letzteres war für unsere Untersuchung noch nicht vollständig gegeben. Dennoch ermöglichte uns die bereits vorgenommene DV-mäßige Aufbereitung von AU-Bescheinigungen bei der AOK Dortmund eine Auswahl von 200 chronisch Kranken aus den 64 000 Versicherten sowie den patientenbezogenen Zugriff auf die zugehörigen Krankenscheine.

- Vorliegende Untersuchungen zur Auswertung von GKV-Prozeßdaten

  Aufbauend auf ähnliche Voraussetzungen sind in den vergangenen Jahren einige Untersuchungen mit verwandter Fragestellung durchgeführt worden (BERGMANN, KNOBLICH u. a. 1979 (1); HAEHN, MOEHR 1977 (6); BRENNER, SCHWARTZ, SCHWEFEL 1979 (2); PFLANZ 1977 (5); SCHWARTZ 1977 (5);

GEISSLER, SCHACH 1977 (5). So beschreibt KNOBLICH 1979 ein in Zusammenarbeit mit BASIG von der TH Berlin durchgeführtes Forschungsprojekt (1). In dieser Untersuchung wurde die Leistungsstruktur der ambulanten Versorgung mit Hilfe einer patientenorientierten Querschnittsuntersuchung analysiert. Anhand der Unterlagen der Ortskrankenkasse Ingolstadt umfaßt die Untersuchung allerdings nur 4 Quartale unter spezieller Berücksichtigung der unterschiedlichen durch Primärärzte und Fachärzte verursachten Kosten.

Schon Jahre vor den Untersuchungen an GKV-Prozeßdaten nahmen 13 Ärzte über einen Zeitraum von 12 Wochen eine Selbstbeobachtung ihres kassenärztlichen Handelns sowie des Verhaltens ihrer Patienten vor. In der Verdenstudie legen MOEHR und HAEHN 1977 eine Strukturanalyse allgemeinmedizinischer Praxen auf der Basis dieser Beobachtungen von Arzt und Patientenverhalten vor.

Eine von SCHWEFEL, BRENNER und SCHWARTZ 1979 veröffentlichte Untersuchung prüft den Aussagegehalt der Diagnosen auf Krankenscheinen für ein Quartal (2). Aufgrund ihrer zeitlichen Einschränkung kommt die Studie zu dem Ergebnis, daß die Diagnosen auf Kassenscheinen nichts Schlüssiges über Krankheitsverläufe und Schweregrad einer Erkrankung aussagen. Die Autoren halten die Funktion der Diagnosen daher für eine legitimatorische, die die ärztlichen Leistungen rechtfertigen soll. Aufgrund dieser Bewertung entfällt eine Auswertung unter sozialmedizinischer bzw. epidemiologischer Fragestellung. Gleichgerichtete Veröffentlichungen derselben Autoren ziehen ähnliche Schlußfolgerungen (9).

In einer gutachtlichen Stellungnahme zum Velbert-Projekt hält es PFLANZ 1977 für problematisch, aus Arbeitsunfähigkeitsbescheinigungs- und Kassenscheindiagnosen Krankheitsfälle auf der Basis von Querschnittsuntersuchungen

zu rekonstruieren. So meint er, daß in vielen Fällen die Diagnosebezeichnung nicht der Auslöser der Leistungen sei, sondern der Rechtfertigung der vorgenommenen Leistungen diene (5).

Ebenfalls in einer gutachtlichen Stellungnahme zum Velbert-Projekt vertritt SCHWARTZ 1977 die Meinung, daß Diagnosen auf Abrechnungsscheinen weder gültige noch zuverlässige Informationsquellen über den tatsächlichen Krankheitszustand der Patienten sind. Er hält bei der retrospektiven Auswertung von medizinischen Dokumenten die Auswertung von Befunden für ertragreicher als die von Diagnosen (5).

Im Velbert-Projekt Stufe I beschreiben GEISSLER und SCHACH 1977 das Leistungsinanspruchnahmeverhalten der Versicherten sowie das Leistungsverhalten von Kassenärzten. Sie nehmen eine Zeitscheibenaufbereitung von GKV-Dateien einer Ortskrankenkasse vor, um die Hintergründe der - im Verhältnis zum Bruttosozialprodukt - überproportional steigenden Krankheitskosten aufzudecken.

Von den genannten Auswertungen von GKV-Prozeßdaten unterscheidet sich unsere Untersuchung durch folgende Merkmale:

1) Wir führen eine Längsschnittbetrachtung durch, die 18 (für AU-Unterlagen) bzw. 9 (für Kassenscheine) Quartale umfaßt, und können damit erstmals Krankheitsverläufe beobachten. Die Einschränkung bisheriger Untersuchungen liegt in der Betrachtung zu kurzer Zeitspannen.

2) Sie führt AU-Bescheinigungen und Kassenscheine zusammen. Dies ist in vorangegangenen Untersuchungen entweder nicht oder zumindest nicht über einen solchen Zeitraum geschehen und im Längsschnitt ausgewertet worden.

3) Unsere Untersuchung sichert die Ergebnisse der Dokumentenanalyse durch eine Ärztebefragung.

4) In unserer Untersuchung kontrollieren sich Informationen aus verschiedenen Quellen gegenseitig. Die Kassenscheindiagnosen werden aus den AU-Unterlagen kontrolliert, das Arztverhalten durch eine Ärztebefragung.

A. 5 Zur Methode unserer Untersuchung

Für die von uns gewählte Methode der qualitativen Inhaltsanalyse stützen wir uns vornehmlich auf LISCH und KRIZ 1978 (8). Die genannten Autoren bezeichnen die Inhaltsanalyse als einen wichtigen Zugang zur sozialwissenschaftlichen Auswertung von Dokumenten und nutzen ihre Darstellung inhaltsanalytischer Ansätze zugleich als Grundlagendiskussion für andere Datenerhebungsmodelle.

Die Inhaltsanalyse ist eine kategoriale Analyse. Sie beschreibt die Struktur der untersuchten Dokumente mit Hilfe von Begriffsmerkmalen (Kategorien), die aus der spezifischen Eigenart der Dokumente entwickelt werden. Die Kategorien werden einerseits unter forschungsstrategischen Gesichtspunkten gebildet, andererseits sind die inhaltlich für die untersuchten Dokumente von strukturbildender Bedeutung.

Um dies an einem Beispiel zu erläutern, sei hier im Vorgriff die Kategorie "Labordiagnose" genannt. Im Zusammenhang unserer Fragestellung bezeichnet diese Kategorie einen "Typus" ärztlich-diagnostischen Verhaltens. Der Arzt erhebt ohne weitere Bewertung einen Laborbefund zur "Diagnose". Für die von uns untersuchten Kassendokumente ist sie eine typische Mitteilung darüber, wie ärztliche Leistungen abgerechnet werden.

Für die Anlage des Fragebogens und Durchführung der Ärztebefragung orientieren wir uns an E.K. SCHEUCH, der im Handbuch der empirischen Sozialforschung (7) das Interview als

Instrument der Sozialforschung beschreibt. Er sagt, daß durch das Interview ein Defizit an deskriptivem Wissen ausgeglichen werden kann. Er begründet die Verwendung der Frage, die Erstellung eines Fragebogens und die Durchführung der Befragung, die unser methodisches Vorgehen bei der Ärztebefragung leiteten.

B. D O K U M E N T E N A N A L Y S E

B. 1 Anlage der Untersuchung und Probandenauswahl

Wir nehmen eine Langzeitaufbereitung der GKV-Daten vor, da auf diese Weise zwei zentrale Untersuchungsziele erfüllt werden: es wird eine Zuverlässigkeitsprüfung der Informationen auf GKV-Belegen ermöglicht, insbesondere wird die Zuverlässigkeitsprüfung der Arbeitsunfähigkeitsdiagnosen realisierbar. Zum anderen ist nur über eine Langzeitaufbereitung eine patientenorientierte Auswertung der GKV-Daten, und hier wiederum insbesondere der Krankenscheine, durchzuführen.

Querschnittsuntersuchungen, wie sie bisher mit GKV-Daten durchgeführt wurden, können dagegen größere Datenmengen nur auf einen Arzt kumulieren, wie etwa die Sammlung aller Krankenscheine eines Arztes in einem Vierteljahr oder die Sammlung aller Rezepte eines Arztes für ein Quartal. Verlaufsdaten über mehrere Jahre sind dagegen bisher nur in Ausnahmefällen (Wirtschaftlichkeitsprüfung der KVen) bearbeitet worden.

Wir gehen außerdem davon aus, daß erst die patientenorientierte Langzeituntersuchung von Krankenscheinen Aufschluß über das am Patienten orientierte ärztliche Verhalten geben kann. Wir bearbeiten daher auch die Krankenscheine in einer Langzeituntersuchung, um durch die Zusammenführung mehrerer Kassenscheine eines Patienten eine patientenorientierte Analyse durchführen zu können. Es kann dann versucht werden, die Diagnosen in der Abfolge aufeinander zu beziehen, den Krankheitsverlauf an der Abfolge der Diagnosen zu verfolgen und den Behandlungsverlauf einsichtig zu machen. Die Kassenschein-Diagnosen-Längsschnitte können unter Hinzuziehung der Arbeitsunfähigkeitsdiagnosen-Längsschnitte eindeutiger interpretiert werden.

Diagnosen auf Krankenscheinen sollen einerseits das ärztliche Handeln, die ärztlichen Leistungen gegenüber der Krankenkasse rechtfertigen, andererseits im Verhältnis zum Patienten die Behandlung bezeichnen. Patientenorientierte Längsschnittauswertungen der Kassenscheine beleuchten dann das ärztliche Behandeln bei bestimmten Krankheiten und Krankheitsverläufen.

Der durch die Längsschnittuntersuchung in der AOK Dortmund betrachtete Zeitraum betrug 4,5 Jahre (1977 - 1981). Für diese Zeitspanne waren die Leistungskarten der Versicherten der AOK Dortmund auf EDV gespeichert. Für die Pilotstudie hatten wir aus den 64 000 Versicherten der AOK Dortmund 200 Probanden auszuwählen. Es sollte eine gezielte Stichprobe gezogen werden, denn uns lag daran, schon in dieser Vorstudie an Patientengruppen orientierte Aussagen zum Patienten- und Arztverhalten machen zu können. Als hervorragendes Merkmal, das das Ärzte- sowie das Patientenverhalten bestimmt, haben wir die Krankheitsgruppe angesehen.

Weiter brauchten wir für die ausgewählten Probanden eine Kontinuität der Informationen, um das Arzt- bzw. Patientenverhalten verfolgen zu können. Eine solche Kontinuität ist für chronisch Kranke gegeben.

Wir haben Krankheitsgruppen gewählt, die in den Statistiken der Sozialversicherungsträger wie den Frührentnerstatistiken (Statistik der RV-Träger), den Statistiken zu den Heilmaßnahmen (Gesamtstatistik der Rehabilitation) und den Arbeitsunfähigkeitsstatistiken (Veröffentlichungen der BKK) an den vorderen Stellen in der Rangreihe der Diagnosen stehen. Es sind dies Wirbelsäulenbeschwerden, die Magendarmerkrankungen und die Herzkreislauferkrankungen. Mit diesen drei Krankheitsgruppen wurden außerdem drei verschiedene Organsysteme gewählt. Da im Krankheitsfall die drei Organsysteme bei den Patienten zu unterschiedlichen Behinderungen führen, beeinflussen sie das Patientenverhalten auf

verschiedene Weise (Arbeitsunfähigkeit, Inanspruchnahme von Ärzten).
Zudem sind für die drei Organsysteme unterschiedliche Facharztgruppen zuständig, wodurch sowohl die Arztwahl beeinflußt wird als auch das Therapie- und Diagnoseverhalten der Ärzte.

Als chronisch krank werden Patienten bezeichnet, die im Untersuchungszeitraum mindestens dreimal wegen einer Erkrankung aus den vorgegebenen Diagnosebereichen (siehe Abb. 1) arbeitsunfähig waren. Die Wiederkehr gleichartiger Krankheitsepisoden erleichtert den Vergleich des Arztverhaltens im Zeitablauf (Prüfung der Reliabilität).

Keiner der Probanden ist zum Zeitpunkt der Datenerhebung jünger als 20 Jahre oder älter als 55 Jahre.

Abb. 1: **Die drei Krankheitsgruppen, die wir in die Untersuchung einbeziehen**
Diagnosen verschlüsselt nach ICD (3stellige allgemeine Systematik)

1. Rheumatische Erkrankungen und Wirbelsäulenerkrankungen

ICD

715 nicht näher bezeichnete Arthritis (WS u. andere Gelenke)
722 Osteochondrose (WS u. andere Gelenke)
713 Arthrisis deformans (WS u. andere Gelenke)
729 sonstige Erkrankungen der Gelenke (WS u. andere Gelenke)
787 Symtome, die den Gliedmaßen und dem Rücken zuzuordnen sind
718 Rheuma o.n.A.

Erkrankungen, die vorwiegend der Wirbelsäule zuzuordnen sind

733 sonstige Erkrankungen der Muskeln, Sehnen, Fascien (Myogelosen)
728 schmerzhafte Wirbelkörpersyndrome (Lumbalgien)
Deformitäten der Wirbelsäulen
717 Muskelrheuma (Torticollis, Lumbago)
353 Ischias
352 Brachialgie
725 Bandscheibenvorfall

Rheumatische Erkrankungen, die vorwiegend die Extremitäten betreffen

731 Synovitis, Bursitits, Tendovaginitis
390 akute Polyarthritits ohne Herzbeteiligung
712 Progredient chronische Polyarthritis und entsprechende Zustände (Brechterew)

2. Erkrankungen des Magen-Darm-Traktes

ICD

784 Symptome des oberen Verdauungstraktes (unklare Bauchbeschwerden

785 Symptome, die dem Abdomen und dem inneren Verdauungstrakt zugeordnet werden (unklare Magen-Darm-Beschwerden)

537 sonstige Erkrankungen des Magens und Duodenums

540 akute Appendizitis

541 Appendizitis ohne nähere Angaben

542 chronische Appendizitis

560 Darmverschluß ohne Angabe einer Hernie

562 Divertikulitis des Darmes

565 Analfissur und Analfistel

566 Abzeß im Bereich des Anus und Rektums

455 Haemorrhoiden

535 Schleimhautentzündung des Magens und Zwölffingerdarms

531 Magengeschwüre

532 Duodenalgeschwüre

533 Ulcus pepticum ohne nähere Angabe

Durchfallerkrankungen

009 Durchfallerkrankungen

561 Magen-Darm-Katarrh und Colitis nicht infektiösen Ursprungs

079 Viruserkrankungen (mit Durchfall)

563 chronischer Darmkatarrh und Colitis ulcerosa

473 Grippe mit Beteiligung der Verdauungsorgane

536 Magenfunktionsstörungen

564 funktionelle Darmstörungen

Erkrankungen der Leber und des Gallenapparates

575 Gallenblasen- und Gallengangserkrankungen (ohne Stein)

576 sonstige Erkrankungen der Gallenblase und Gallengänge

577 Pankreatitis
574 Gallensteinleiden
070 infektiöse Hepatitis
573 sonstige Erkrankungen der Leber
571 Leberzirrhose

3. Krankheiten des Herz- und Kreislaufsystems

ICD
538 sonstige Krankheiten des Kreislaufsystems (Hypotonie)
428 sonstige Herzmuskelerkrankungen
471 sonstige akute und subakute Formen ischämischer Herzkrankheiten
412 chronische Herzkrankheiten
410 Herzinfarkt
413 Angina pectoris
401 essentielle Hypertonie
440 Arteriosklerose
431 apoplektischer Insult
433 Gehirnthrombose
437 generalisierte ischämische Hirngefäßkrankheiten
429 Herzbeschwerden
427 symtomatische Herzkrankheiten
400 bösartiger Blutdruck
403 Hochdruck und Nierenkrankheiten
441 Aortenaneurisma
443 sonstige periphere Gefäßerkrankungen

B. 2 Durchführung der Dokumentenanalyse

B. 2.1 Datenlage

Die GKV-Daten werden in der AOK Dortmund in folgenden Dokumenten bereitgehalten:

a) Leistungskarten
Hierauf sind aufgeführt der Name und die Sozialdaten, Alter und Geschlecht des Versicherten, die Versicherungsnummer, seine Berufsbezeichnung entsprechend dem Schlüssel der Bundesanstalt für Arbeit, der Arbeitgeber, sämtliche Auf-Zeiten innerhalb des Erfassungszeitraumes, die Namen der behandelnden Ärzte, die zur AU führenden Diagnosen 3stellig ICD-verschlüsselt sowie die Fallnummer, unter der die Leistungsbelege des Versicherten archiviert sind. Diese Leistungskarten werden seit 4,5 Jahren EDV-gespeichert und sind über Bildschirm abrufbar.

b) Leistungsbelege
Arbeitsunfähigkeitsbescheinigungen, Krankenhauseinweisungs- und Entlassungsscheine, Kurberichte, Unfall- und D-Arzt-Berichte sowie vertrauensärztliche Gutachten sind unter der oben genannten Fallnummer patientenbezogen archiviert. Aus der Zusammenfassung aller Leistungsbelege entsteht ein Leistungsfall.

c) Kassenscheine
Kassenscheine werden arztbezogen und quartalsweise gesammelt und gelagert. Für diese Erhebung standen Kassenscheine vom Quartal 1/79 bis zum Quartal 1/81 einschließlich zur Verfügung.

B. 2.2 Ziehung der Stichprobe

a) Ausschöpfung des Zeitraumes von 18 Quartalen für die Leistungsbelege sowie spätere Zuordnung der Kassen-

scheine für 9 Quartale

b) Mindestens 3 Erkrankungen eines Probanden, die zu einer AU-Bescheinigung geführt haben, aus einer der 3 Krankheitsgruppen
   - rheumatische und Wirbelsäulenerkrankungen
   - Erkrankungen des Magen-Darm-Traktes
   - Krankheiten des Herz-Kreislauf-Systems

   Diese Krankheitsgruppen werden aus Diagnosen des 3stelligen ICD-Schlüssels zusammengestellt und gelten für die Probandenauswahl über Computer als Suchkriterium (siehe Abb. 1).

c) Alter der Patienten von 20 bis 55 Jahren zum Zeitpunkt der Probandenauswahl.

Konkret bedeutet dies: Beginnend mit dem Quartal 1/77 haben wir aus dem Bestand der AU-Bescheinigungen von 18 Quartalen die Probanden ausgewählt, die die oben genannten Kriterien erfüllten. Mit diesen Vorgaben wurde der Mitgliederbestand der Ortskrankenkasse alphabetisch bis zum Erreichen der von uns vorgegebenen Probandenzahl von 200 abgesucht. Wie oben bereits ausgeführt, eröffnet sich der patientenbezogene Zugang nur über die AU-Bescheinigungen. Denn diese werden patientenbezogen und DV-gestützt über einen längeren Zeitraum geführt.

B. 2.3 Datenschutz

Bei den von uns in der AOK Dortmund erhobenen Daten handelt es sich um personenbezogene, in einer Anstalt des öffentlichen Rechtes gespeicherte und somit schützenswürdig im Sinne des BDSG gespeicherte Daten. Daher war es nötig, diese Daten bei den von uns ausgeführten Tätigkeiten des Übertragens und Speicherns (§ 2,2 BDSG) zu depersonalisieren, um einen Mißbrauch dieser Daten in der später folgenden Auswertung zu vermeiden. Vor Beginn der Arbeiten wurden

alle Personen, die mit der Datenerhebung in Dortmund direkt beschäftigt waren, auf das Datenschutzgesetz (Soz.-Ges.B. § 76, § 80 Dat.-SG NRW § 7) verpflichtet.

An das Verschlüsseln von Personendaten ergaben sich aus Gründen der projektierten Auswertung eine Reihe von Anforderungen:

- Alle Daten eines Probanden mußten eindeutig zuzuordnen sein, ohne daß dessen Name, Adresse, Telefonnummer, Geburtsdatum bekannt wurden. Allerdings war es für uns von Interesse, welchen Beruf der Proband ausübt.
- Die Namen, Titel, Geburtsdaten, Anschriften und Rufnummern der behandelnden Ärzte durften ebenfalls nicht erscheinen. Es mußte jedoch zu erkennen sein, welcher Facharztgruppe der jeweilige Arzt zugehört. Außerdem mußte jeder Arzt so verschlüsselt sein, daß es zu erkennen war, wenn er mehrere unserer Probanden behandelt hatte.

Die Verschlüsselung der Probandendaten wurde weitgehend von der AOK Dortmund gelöst. Die von der Kasse nach unseren Vorgaben ausgesuchten Probanden wurden mit den Nummern 1 - 200 belegt. Alle bei der Erhebung eines Probanden anfallenden Unterlagen bekamen die jeweilige Nummer. Somit waren die Unterlagen immer eindeutig einem Probanden zuzuordnen. Bei der AOK lag eine "Rückschlüsselliste", wodurch gewährleistet war, daß bei eventuellen Nacherhebungen bei Angabe der Nummer des Probanden auch sicher die Unterlagen dieses Probanden gesucht wurden. Zur Bestimmung der Altersstruktur der Probanden wurde das Geburtsjahr der Probanden erhoben. Zur Berufsübertragung stellte uns die AOK den Tätigkeitsschlüssel der Bundesanstalt für Arbeit zur Verfügung, der von der AOK benutzt wird. Der Tätigkeitsschlüssel (siehe Abb. 2) enthält folgende Informationen: 1. - 3. Stelle: Beruf; 4. Stelle: Ausbildung (1 = ungelernter Arbeiter, 2 = Facharbeiter); 5. Stelle: Schulbildung (1 = Volks-, Haupt-, Realschule ohne abgeschlosse-

ne Lehre, 2 = dto. mit abgeschlossener Lehre, 7 nicht bekannt).

Die Anonymisierung der Angaben über Ärzte wurde erreicht, indem ein Ärzteschlüssel erstellt wurde. Der Ärzteschlüssel besteht aus drei Komponenten.
Die erste Komponente bezieht sich auf die Facharztzugehörigkeit des Arztes (1. - 2. Stelle). Die zweite Komponente (3. - 6. Stelle) bezieht sich auf die Institution, in der der Arzt arbeitet (NA = niedergelassener Arzt, Khs.A = Krankenhausarzt, KA = Kurarzt, DA = Durchgangsarzt, VA = Vertrauensarzt). In einer dritten Komponente wurden die Ärzte in der Reihenfolge, in der sie uns begegneten, durchnumeriert.

Somit wurde ein eindeutiger Schlüssel für jeden Arzt gefunden, der es gestattet, Facharztzugehörigkeit und Tätigkeitsbereich des Arztes zu erkennen sowie den Arzt individuenbezogen denominalisiert zu verschlüsseln. Eine Auflistung aller in unserer Untersuchung erfaßten und verschlüsselten Ärzte lagert als Unikat in der AOK Dortmund.

Abb. 2: **Auszug aus dem Tätigkeitsschlüssel der Bundesanstalt für Arbeit;**
Verschlüsselung der 4. und 5. Stelle siehe Text

163.. Buchbinder	311.. Elektroinstallateur
171.. Schriftsetzer	312.. Fernmeldemonteur
172.. Druckstockhersteller	313.. Elektromotorenbauer
173.. Buchdrucker	314.. Elektrogerätebauer
174.. Flach-, Tiefdrucker	315.. Funk- u. Tongeräte mechaniker
176.. Vervielfältiger	
177.. Druckereihelfer	352.. Oberbekleidungsnäher
212.. Drahtverarbeiter	353.. Wäscheschneider
221.. Dreher	441.. Maurer
223.. Hobler	442.. Betonbauer
224.. Bohrer	461.. Pflasteter, Steinsetzer

225.. Metallschleifer	462.. Straßenbauer
273.. Maschinenschlosser	463.. Gleisbauer
274.. Betriebsschlosser	531.. Hilfsarbeiter ohne nähere Tätigkeit
	544.. Kranführer
	714.. Kraftfahrzeugführer
	742.. Transportgeräteführer
	781.. Bürofachkraft

B. 2.4 Erhebung der Daten

Gegenstand der Untersuchung waren - wie gesagt - die Unterlagen von 200 Versicherten der AOK Dortmund, die nach den oben begründeten Kriterien ausgewählt wurden. Diese Probandenauswahl erfolgte über das EDV-System. Es lag dann eine Liste der ausgewählten Probanden nach Versichertennummern vor. Die Angestellten der AOK Dortmund, die an der Untersuchung beteiligt waren, konnten über einen Bildschirm sämtliche Arbeitsunfähigkeitszeiten innerhalb des angegebenen Zeitraumes, die Fallnummern, unter denen die jeweiligen Arbeitsunfähigkeitsbescheinigungen bzw. die zugehörigen Leistungsbelege der Krankenkasse archiviert sind, sowie den die Arbeitsunfähigkeit bescheinigenden Arzt ablesen. Mit diesen Informationen gelang es, die Leistungsbelege aus dem Archiv der AOK herauszusuchen und den zu der jeweiligen AU gehörenden Kassenschein in den Archivschränken aufzufinden. Für die Krankenscheinsuche war der Arzt ausschlaggebend, der die AU bescheinigte.

Eine Reihe von Krankenscheinen wird jedoch für Arztbesuche oder Beratungen ausgestellt, ohne daß der Versicherte arbeitsunfähig krank wird. Kassenscheine aus Quartalen, in denen keine AU vorliegt, sind in dieser Vorstudie also nicht berücksichtigt, weil wir sie nicht patientenbezogen auffinden können. Insofern ist also der bearbeitete Längsschnitt nicht vollständig.

Das Entziffern der oft unleserlichen Handschriften und teilweise mit Abkürzungen versehenen Aufzeichnungen auf den Originalbelegen (Kassenscheinen und AU-Bescheinigungen) verlangt medizinische Kenntnisse. Daher führten wir die Übertragung der Originaldaten auf die Erfassungsbogen (siehe Abb. 3) fast ausschließlich selbst durch.

Eine Vollständigkeit der zu erhebenden Belege war sowohl für Krankenscheine als auch für Leistungsbelege nicht restlos zu erreichen. So waren Leistungsbelege im Archiv nicht unter der im EDV-System angegebenen Nummer eingeordnet oder die angegebene Nummer bezeichnete den Leistungsfall eines anderen Versicherten. Krankenscheine konnten teilweise nicht erhoben werden, weil sie zu Kontrollzwecken in der KV lagen oder weil Krankenscheine auswärtiger Ärzte (anderer KV-Geltungsbereich) wie auch Scheine für Urlaubs- und Krankenvertretung kaum geordnet und somit schwer auffindbar waren. (Zur Verteilung dieser Fehler siehe auch Kapitel 2.6 "Bereinigung des Samples")

Die für eine mehr als sechswöchige Arbeitsunfähigkeit von der Krankenkasse angelegten Zahlfallakten erwiesen sich durch die Fülle der Daten nur unter großem Zeitaufwand auf die für die Untersuchung wichtigen Aussagen reduzierbar. So mußten die ausschließlich Verwaltungszwecken dienenden Unterlagen, wie z.B. Kostenübernahmeanträge u.ä., von den diagnostischen Angaben getrennt werden.

Eine weitere Fehlerquelle stellt die manuelle Übertragung der Informationen aus den Dokumenten auf die Erhebungsbogen dar. Die von uns durchgeführten Kontrollen haben hieraus entstehende Fehler weitgehend einzuengen versucht.

Abb. 3: Erhebungsbogen für AU-Bescheinigungen und Krankenscheine

Für AU-Bescheinigungen

AUF-Zeiten	Arzt [1]	Befund [2] u.Diagnose [3] WS	Befund [2] u.Diagnose [3] HK	Befund [2] u.Diagnose [3] Ma-Da	Befund [2] u.Diagnose [3] Sonstige	Probanden Nr.
						Bogen Nr.
						Geschlecht
						Geburtsdatum
						Tätigkeit [4]
						[1] verschlüsselt [2] mit B: kennzeichnen [3] mit D: kennzeichnen [4] verschlüsselt

Für Krankenscheine

Datum	Arzt [1]	BMA-Nummern	Befund [2] u.Diagnose [3] WS	Befund [2] u.Diagnose [3] HK	Befund [2] u.Diagnose [3] Ma-Da	Befund [2] u.Diagnose [3] Sonstige	Probanden Nr.
							Bogen Nr.
							Anmerkungen:
							[1] verschlüsselt [2] mit B: kennzeichnen [3] mit D: kennzeichnen

B. 2.5 Fehlersuche und Erhebungskontrolle

Nach Abschluß der Erhebung in Dortmund wurden alle Erfassungsbogen auf Vollständigkeit, Plausibilität und Fehlerhaftigkeit kontrolliert.

Die Vollständigkeit der auf den Erhebungsbogen erfaßten Daten wurde durch einen Vergleich der dort erscheinenden AUs mit den Vorgaben aus dem EDV-System überprüft. Darüber hinaus konnten wir die Vollständigkeit der AUs an den Abrechnungsnummern auf den entsprechenden Krankenscheinen (14a = Ausstellen einer AU-Bescheinigung) erkennen. Außerdem wurde geprüft, ob auch bei quartalsübergreifender Arbeitsunfähigkeit sowie bei Arztwechsel innerhalb einer AU-Zeit die entsprechenden Krankenscheine vorgelegen hatten.

Die Kontrolle der Plausibilität legte ihr Augenmerk auf die Überprüfung der Übereinstimmung von Diagnosen und Abrechnungsziffern unter Berücksichtigung des jeweiligen Arztes und der zeitlichen Einordnung im Vergleich von Krankenscheinen und entsprechenden Leistungsfällen.

Eine dritte Kontrolle suchte fehlerhafte Übertragungen der Originaldaten auf die Erfassungsbogen. Sie konnten dann aufgedeckt werden, wenn Ungereimtheiten in Form von sich widersprechenden oder sich gegenseitig ausschließenden Angaben, Lücken im Kontext oder Differenzen zwischen Diagnosezahl und AU-Fortschreibungen offensichtlich wurden.

Unter diesen Gesichtspunkten ergeben sich folgende Zahlenverhältnisse: Um Vollständigkeit zu erreichen, waren für 200 Versicherte die Informationen von 1992 Datenträgern zu erheben. Datenträger sind Leistungskarten, Leistungsfälle und Kassenscheine. Durch die Fehlersuche und Erhebungskontrolle erwies es sich, daß 335 Datenträger (= 16,8 %) zur Klärung der oben genannten Erhebungsmängel nacherhoben werden mußten. Davon konnten 213 Datenträger gefunden wer-

den, was einer Fehlerklärungsquote von 63,6 % entspricht. Somit fehlten endgültig die Informationen von 122 Datenträgern, was einer Fehlerquote von 6,1 % entspricht.

Eine weitere Nacherhebung erschien aus zweierlei Gründen nicht angebracht. Zum einen erfolgte die Nacherhebung mit ausgesprochener Sorgfalt, so daß persönliche Fehler das Ergebnis nicht beeinträchtigt haben dürften. Zum anderen lag die für Fehlersuche und Nacherhebung benötigte Arbeitszeit von 254 Stunden gegenüber einer Arbeitszeit von 588 Stunden für die gesamte Ersterhebung an der Grenze des forschungsökonomisch Sinnvollen.

B. 2.6 Bereinigung des Samples

Von den 200 über EDV ausgewählten Probanden wurden nur 179 erhoben. Die fehlenden 21 Probanden wurden aus folgenden Gründen aus der Erhebung ausgeschlossen:

a) in 2 Fällen war das Auswahlkriterium, daß mindestens 3 Arbeitsunfähigkeiten in den letzten 5 Jahren vorgelegen haben sollten, nicht erfüllt, was auf einen EDV-Fehler zurückzuführen war (2 Arbeitsunfähigkeiten, davon eine doppelt ausgedruckt).

b) Aus unbekannten Gründen wurden die Daten eines Probanden nicht erhoben, für 2 andere Probanden fanden sich keine Datenträger.

c) 16 Probanden wurden aus der Untersuchung genommen, weil aus folgenden Gründen keine Krankenscheine aufgefunden wurden:
   - In einem Fall lagen alle Arbeitsunfähigkeiten vor dem 1.1.1979, also vor dem Zeitpunkt, von dem an die Krankenscheine erhoben werden konnten.
   - In einem Fall befanden sich alle gesuchten Scheine zu Kontrollzwecken bei der KV.
   - 12 Probanden besuchten auswärtige Ärzte (anderer KV-Geltungsbereich), so daß aus diesem Grunde die Kran-

kenscheine nicht gefunden werden konnten.
- Bei 2 Probanden fehlten sämtliche Krankenscheine aus für uns unersichtlichen Gründen.

Von diesen 179 Probanden haben wir 24 weitere Probanden nicht in die hier nun folgende Ergebnisberechnung aufgenommen. Dies waren die ersten 24 erhobenen Probanden, denn in der Einarbeitungszeit war die Fehlerquote übermäßig erhöht. Eine andernfalls notwendige Nacherhebung schien aus forschungsökonomischen Gesichtspunkten nicht gerechtfertigt.

Die folgenden Ergebnisse beruhen also auf der Auswertung von 155 Probanden. Diese teilen sich auf die Krankheitsgruppen wie folgt auf:

- 96 Probanden mit Wirbelsäulenbeschwerden
- 32 Probanden mit Magen-Darm-Beschwerden
- 27 Probanden mit Herz-Kreislauf-Beschwerden.

B. 3 Auswertung

B. 3.1 Findung der Kategorien, Definitionen, Kommentar

Die Vielzahl der Informationen, die auf den Erhebungsbogen der Probanden vorliegen, muß für die Auswertung geordnet werden. Die Ordnung soll die Vielfalt der Informationen auf die für eine Auswertung verwendbaren, zählbaren und reproduzierbaren Grundstrukturen ärztlichen Verhaltens reduzieren. Dabei wird das ärztliche Verhalten nur insoweit Gegenstand der Untersuchung, als es sich in AU-Bescheinigungen und Abrechnungsdokumenten niederschlägt. Zu diesem Zweck bilden wir Kategorien, die das Grundgerüst für die qualitative Inhaltsanalyse darstellen.

Die Kategorien stehen unter zwei leitenden Absichten. Sie werden einerseits unter forschungsstrategischen Gesichtspunkten erstellt und bilden andererseits die Strukturen der untersuchten Dokumente ab. Sie werden also von dem

Auswertungsziel abgeleitet. Gleichwohl stellen sie keine Artefakte dar, sondern basieren auf der Entdeckung von Strategien des Abrechnungsgeschäftes und von Routinen in der Kassenpraxis. Die Erstellung der Kategorien ist somit als ein interaktives Vorgehen anzusehen, bei dem einerseits die Dokumente ständig mit den Kategorien befragt werden, anderseits gleichzeitig anhand der Dokumente überprüft und verifiziert werden. Die Fundierung unserer Kategorien erfolgt zunächst aus den vorliegenden Dokumenten und wird durch die Ergebnisse der Ärztebefragung abgesichert.

Das der Untersuchungsabsicht unterliegende typisierende Vorgehen unserer Inhaltsanalyse führt zu einer Klassifizierung von Kategoriengruppen, die sich sowohl auf AU als auch auf den Krankenschein anwenden läßt. Da aber AU und Krankenschein verschiedene Zielrichtungen des ärztlichen Handelns dokumentieren, ergeben sich Unterschiede auf der operationalen Ebene: Während die AU-Bescheinigung mit Diagnose und Befund das Fortbleiben des Patienten von der Arbeit begründen soll, dient der Krankenschein mit Diagnose und Abrechnungsziffer der Dokumentation des ärztlichen Handelns.

Es ergeben sich folgende Klassifizierungen:

a) Kategorien als Ausdruck einer administrativ-orientierten Ausstellung von

AU-Bescheinigung	Krankenschein
Formale Routinisierung losgelöst von Inhalten	
- Fortschreibediagnose bei variierenden Befunden	- Fortschreibediagnose
- Fortschreibediagnose	
- Fortschreibebefund	

- Abschreibe-AU
- Standard-AU

Inhaltliche Routinisierung ärztlicher Mitteilungen

- Kurz- u. Einwortdiagnosen
- fehlender Befund
- Kurz- u. Einwortdiagnosen ohne Befund
- banaler Befund
- banale Diagnose
- Befund, der eine Maßnahme beschreibt

- Kurz- u. Einwortdiagnosen
- laienhafte Ausdrucksweise

b) Kategorien als Ausdruck eines diagnostisch-therapeutischen Vorgehens der Arztes

- Verdachtsdiagnosen
- sehr eingehende Begründung der Arbeitsunfähigkeit
- AU-Begründungsbefund
- Hinweis zum Verlauf der AU

- Therapieprogramm
- Diagnostikprogramm
- Allgemeinabrechnung
- Labordiagnosen
- Verdachtsdiagnosen

c) Kategorien als Ausdruck eines patientenorientierten Verhaltens des Arztes

- Grundleiden
- engere Schweigepflicht und Euphemismen

- Grundleiden
- ausführlicher Schein

Bei der Besetzung der Kategoriengruppen ergeben sich für AU-Bescheinigung und Krankenschein zahlenmäßige Unterschiede. Die Masse des auf den AU-Bescheinigungen gefundenen Dokumentationsverhaltens wird von Kategorien der Gruppe a) (Ausdruck einer administrativ-orientierten Ausstellung) beschrieben. Als die quantitativ wichtigsten Kategorien für den Krankenschein stellen sich die der Gruppen b) und c) (Ausdruck eines diagnostisch-therapeutischen Vorgehens

und patientenorientierten Verhaltens) heraus.

Im folgenden sind unsere Kategorien unter Berücksichtigung der Gliederung genannt, definiert und kommentiert.

AU-Bescheinigung:

a) Kategorien als Ausdruck einer administrativ-orientierten AU-Ausstellung

- formale Routinisierung losgelöst von Inhalten

- Fortschreibediagnose bei variierenden Befunden

  Die Diagnose wird auf der AU jeweils von der vorherigen übernommen, wobei die weitere AU durch jeweils neue Befunde begründet wird. Diese Kategorie beschreibt eine Routinisierung des AU-Ausstellungsgebarens der Ärzte. Bei der Vergabe der Kategorie ist die Länge der AU, d.h. die Häufigkeit, mit der die gleiche Diagnose über den Zeitraum der AU verwandt wird, von Bedeutung. So vergaben wir diese Kategorie nur dann, wenn sich das beschriebene Verhalten bei mindestens 2 AU-Verlängerungen zeigte.

- Fortschreibediagnose

  Die Diagnose wird auf der AU jeweils von der vorherigen fortgeschrieben, ohne daß die Rubrik "Befund" ausgefüllt ist.

- Fortschreibebefund

  Auf AU-Verlängerungen erscheint jeweils der gleiche Befund bei sich geringfügig ändernden Diagnosen.

- Abschreibe-AU

  Die der ersten AU-Bescheinigung folgenden Verlängerungen gleichen genau dieser Erstbescheinigung.

Die drei Kategorien "Fortschreibediagnose", "Fortschreibebefund" und "Abschreibe-AU" beschreiben eine weitergehende Routinisierung des AU-Ausstellungsverhaltens von Ärzten als die Kategorie "Fortschreibediagnose bei variierendem Befund". Hier wird nämlich die Krankheit über die gesamte Erkrankungsdauer als völlig gleich beschrieben. Dies widerspricht aber besonders bei konstanten Befunden den üblichen Krankheitsverläufen, weil ein Befundwechsel schon nach kurzer Zeit mit hoher Wahrscheinlichkeit zu erwarten ist.

- Standard-AU

  Mehrere AUs eines Patienten werden von dem gleichen Arzt immer wieder durch gleiche Diagnosen und Befunde begründet. Im Gegensatz zur Kategorie "Abschreibe-AU" beschreibt die "Standard-AU" das Verhalten eines Arztes nicht in bezug auf die einer ersten AU-Bescheinigung folgenden Verlängerung, sondern für mehrere im Verlauf einer Patientenkarriere auftretende, zeitlich voneinander unabhängige AU-Episoden.

Bei etwa 1/3 der Ärzte finden wir die Routinisierung des AU-Ausstellungsverhaltens, wie wir es durch die oben beschriebenen Kategorien charakterisiert haben.

- inhaltliche Routinisierung ärztlicher Mitteilungen

- Kurz- und Einwortdiagnosen

  Eine ein Krankheitsbild nur andeutende, bezüglich Lokalisation und Ätiologie nur wenig über die Erkrankung aussagende Diagnose. Dabei entspricht sie hinsichtlich der Genauigkeit, mit der sie eine Krankheit bezeichnet, (oft) nicht der unter Ärzten gebräuchlichen Fachterminologie.

- Fehlender Befund

  Der betreffende Arzt füllt die Rubrik "Befund" auf der AU nicht aus.

- Kurz- und Einwortdiagnosen ohne Befund

Zusammenfassend können wir unser Vorgehen bei der Vergabe dieser Kategorien wie folgt beschreiben: Ein Arzt erhielt für seine AU-Bescheinigungen die Kategorie "Fehlender Befund" immer dann, wenn bei allen uns vorliegenden AU-Bescheinigungen kein Befund ausgefüllt war. Die Kategorie "Kurz- und Einwortdiagnosen" wurde auch schon dann einem Arzt zugeordnet, wenn mehrere seiner AU-Bescheinigungen hierdurch charakterisiert wurden. Schließlich treffen wir das Verhalten an, daß ein Arzt sowohl keinen Befund schreibt als auch überwiegend Kurz- und Einwortdiagnosen verwendet. Typischerweise sind solchermaßen ausgefüllte AU-Bescheinigungen lediglich mit Diagnosen wie "Grippe" oder "Hypertonie" gefüllt.
Diese drei Kategorien erweisen sich durch ihre Häufigkeit als die wichtigsten Kategorien zur Beschreibung des AU-Ausstellungsverhaltens.

Unabhängig von der Arztgruppe füllt beinahe die Hälfte der betrachteten Ärzte den Befund auf der AU-Bescheinigung nicht aus und verstößt somit gegen die Bestimmungen des BMV-Ä.

- Banaler Befund

Laienhafte Befundung (evtl. Übernahme von Patientenangaben). Als Beispiel für diese Kategorie sei hier ein Arzt genannt, der zu der Diagnose "akute Gastroenteritis" den Befund "Erbrechen, Durchfall, Leibschmerzen" schreibt.

- Banale Diagnose

Gemeint sind Befunde und Diagnosen, wie sie auch ein medizinischer Laie formulieren würde. So fanden sich z.B. die Diagnosen "linksseitiger Brustschmerz" oder "Allgemein reduzierter Zustand" als Begründungen von Arbeitsunfähigkeitsbescheinigungen.

- Befund, der eine Maßnahme beschreibt

  Statt Befund wird eine diagnostische oder therapeutische Maßnahme beschrieben (z.B.: Diagnose: Atherom, Befund: heute Fäden ex). Gemeint ist hier, daß nicht der Patient bzw. dessen Leiden in engerem Sinne befundet werden, sondern daß der Arzt die von ihm durchgeführten Maßnahmen beschreibt.

b) Kategorien als Ausdruck eines diagnostisch-therapeutischen Vorgehens des Arztes

- Verdachtsdiagnosen

  Diagnosen, die auf "Verdacht auf ..." bzw. "zur Beobachtung" lauten.
  In bezug auf die AU-Bescheinigung stellen sich 2 Fragen: Inwieweit ist die Verwendung einer "Verdachtsdiagnose" Ausdruck für die Unsicherheit eines Diagnostizierenden, wenn sie später weder bestätigt noch ausgeräumt wird? Inwieweit ist die "Verdachtsdiagnose" Ausdruck für die Ehrlichkeit eines Diagnostizierenden, wenn sie später entweder bestätigt oder eben ausgeräumt wird?

- Sehr eingehende Begründung der Arbeitsunfähigkeit

  Die AU wird durch mindestens zwei Diagnosen und sehr ausführliche Befunde begründet.
  Die Auflage aus der Definition, daß mindestens 2 Diagnosen die AU begründen müssen, um sie dieser Kategorie unterordnen zu können, wurde von uns in einigen wenigen Fällen nicht erfüllt. Dennoch haben wir in solchen Fällen diese Kategorie vergeben, weil derartige AU-Bescheinigungen auch mit nur einer Diagnose durch Ausführlichkeit und Anschaulichkeit ihres Befundes vorbildlich wurden.

- AU-Begründungs-Befund

  Der Zusatz eines oder mehrerer Adjektive zum Befund begründet oder erhärtet die Notwendigkeit und Berechtigung der Arbeitsunfähigkeit. Hierunter verstanden wir Befunde wie "starke Kopfschmerzen" oder "erhebliche Bewegungseinschränkung".
  Die Vergabe der Kategorien "Sehr eingehende Begründung der AU" und "AU-Begründungs-Befund" an den gleichen Arzt schließt sich nicht aus.

- Hinweis zum Verlauf der AU

  Durch die Verwendung von erklärenden Zusätzen und Zeitangaben (heute Gipsabnahme; schon gebessert, aber noch physikalische Therapie etc.) gibt der ausfüllende Arzt Hinweise auf den Verlauf der AU bzw. auf den Stand der Erkrankung.
  Hier versucht der Arzt durch die zusätzlichen Bemerkungen im Befund, seine andauernde AU zu rechtfertigen. Diese Hinweise sind besonders geeignet, das Fernbleiben des Patienten auch dann zu begründen, wenn es aus körperlichen Gründen vielleicht weniger indiziert ist als aus therapeutischen Gründen.
  Ferner wird durch solche Bemerkungen der im Einzelfall höhere Krankheitswert einer gewöhnlich leichten Erkrankung unterstrichen.

c) Kategorien als Ausdruck eines patientenorientierten Verhaltens des Arztes

- Grundleiden

  Eine innerhalb einer Patientenkarriere immer wieder - auch bei verschiedenen Ärzten - auftretende gleiche Diagnose.

  Durch die Längs- und Querschnittbetrachtung aller uns zur Verfügung stehenden Unterlagen ließen sich

den Patienten chronische, persistierende, häufig zur AU führende Erkrankungen zuordnen. Das häufige Wiederholen einer solchen Diagnose erklärt sich somit aus den Eigenheiten des Patienten und ist anders zu betrachten als jenes mit den vorher besprochenen Kategorien beschriebene Verhalten mancher Ärzte.
Man kann annehmen, daß wir aufgrund unserer Auswahlkriterien solche Patienten mit einem Grundleiden häufig fanden. Dies ist jedoch nicht der Fall, sondern es handelt sich lediglich um eine Teilmenge der betrachteten Patienten. Bei diesen wurde unsere Ansicht über deren Grundleiden auch von Kur- und Vertrauensärztlichen Berichten bestätigt, die hier vorliegen.

- Engere Schweigepflicht und Euphemismen

Verwendung von Abkürzungen, die in der Regel nur von Ärzten verstanden werden, oder Vertuschung von wahren Diagnosen durch Vorschieben harmloser Diagnosen auf AU und Kassenschein.
Hier soll beschrieben werden, wenn Ärzte, um ihre Patienten zu schützen, der Krankenkasse nicht genau über die von ihnen diagnostizierten Leiden der Patienten Auskunft erteilen. Statt dessen füllen sie AU und Kassenschein mit Diagnosen, die den Patienten weniger nach außen belasten. Die Bedeutung dieser Kategorie wird besonders durch die Aussagen der Ärztebefragung erkennbar.
So fanden wir z.B. bei einem Probanden mehrmals die AU-Diagnose "grippaler Infekt", wobei es sich, wie aus anderen Dokumenten ersichtlich wurde, alleinig um den akuten Schub einer chronisch bestehenden Schizophrenie handelte.
Ein so beschriebenes Verhalten fanden wir bei 2,9 % aller Ärzte.

Kassenschein:

a) Kategorien als Ausdruck einer administrativ-orientierten Ausfüllung des Krankenscheins

- formale Routinisierung losgelöst von Inhalten

- Fortschreibediagnosen

  Die Diagnosen auf dem Schein werden aus dem letzten Quartal übernommen, ohne daß im Vergleich mit den abgerechneten Leistungsziffern eine eindeutige Zuordnung möglich wurde.
  Der Begriff "Fortschreibediagnose" wird häufig in Diskussionen zu diesem Thema so verwandt, daß "Ärzte dadurch, daß sie alles auf den Schein schreiben, was der Patient je hatte, ihre Abrechnung rechtfertigen wollen". Wir benutzen ihn hier mit einer anderen Bedeutung. Denn Diagnosen, die der Rechtfertigung von Abrechnungen dienen sollen, sind bereits mit den Kategorien "Labordiagnosen" und "Verdachtsdiagnosen" erfaßt. Die Kategorie "Fortschreibediagnose" wird vergeben, wenn ersichtlich wird, daß Diagnosen aus vorhergehenden Quartalen "abgeschrieben" worden sind, dies jedoch auf dem KS keine durch Ziffern ersichtliche Abrechnungen nach sich zieht. Die Kategorie "Fortschreibediagnose" steht also für einen im Grunde "überausgefüllten" Schein. Wir vermuten die Ursache hierfür in einer Routine der Praxisorganisation.

- inhaltliche Routinisierung ärztlicher Mitteilungen

- Kurz- und Einwortdiagnosen

  Auffällig an dieser Kategorie ist zum einen die geringere Vergabe auf dem KS im Vergleich zur AU und zum anderen der deutliche Unterschied der Vergabe an Praktiker und Internisten (siehe Kapitel 3.2 "Auswertung").

- Laienhafte Ausdrucksweise

  Hierunter verstehen wir Diagnosen wie z.B. "Hexenschuß", die nicht dem ärztlich gebräuchlichen Sprachcode entsprechen.

b) Kategorien als Ausdruck eines diagnostisch-therapeutischen Vorgehens des Arztes

- Therapieprogramm

  Eine oder mehrere der BMÄ-Ziffern 252 - 254, 267, 268 (Injektionen), 500 - 567 (physikalische Therapie), 3305 (Chiropraktik) erscheinen an mindestens 5 hintereinanderfolgenden Abrechnungstagen. Die Ziffernfolge darf durch eine "1" unterbrochen sein.
  Die Kategorie meint, daß durch regelmäßiges Auftreten von vielen Therapienummern für Injektionen, physikalische Therapie und Chiropraktik zu erkennen ist, daß der Arzt die von ihm behandelte Krankheit durch ein therapeutisches Programm angeht. Hieraus ergibt sich die Frage, ob das Vorgehen mit Therapieprogrammen von einigen Facharztgruppen bevorzugt wird.

- Diagnostikprogramm

  Diese Kategorie wird vergeben, wenn aus dem BMÄ-Bereich M (Nr. 3600 - 4799 = Labordiagnostik) oder von den Ziffern 650 - 653 (EKG) mindestens 5 Leistungen an einem Tag erbracht wurden.
  Es handelt sich hier um Labordiagnostik und Elektrokardiographie. Die Vergabe der Kategorie war eng an die Frage geknüpft, ob die Frequenz und der Umfang des beschriebenen Verhaltens medizinisch indiziert sind. Auch hier interessierte die Frage, ob Diagnostikprogramme schwerpunktmäßig von bestimmten Facharztgruppen durchgeführt wurden.

- Allgemeinabrechnung

  Vorwiegende Verwendung der Nummern der Grundleistungen nach BMÄ I, II, III (z.B. Beratungen, Untersuchungen, Besuche, Berichte)
  Diese Kategorie wurde von uns unter dem Eindruck eingeführt, daß bestimmte Ärzte ihre Abrechnung hauptsächlich mit den in den ersten drei Kapiteln des BMÄ aufgeführten Nummern durchführen. Dieses vorwiegend bei Praktikern gefundene Abrechnungsverhalten kann als sehr kostengünstig gelten und steht im Gegensatz zu dem mit den Kategorien "Therapieprogramm" und "Diagnostikprogramm" beschriebenen Verhalten.

  Mit den letztgenannten drei Kategorien finden sich, wie die Auswertung zeigt, spezifische Abrechnungsstrukturen für Praktiker, Internisten und Orthopäden.

- Labordiagnosen

  Zu Diagnosen erhobene Verbalisierung von Laborparametern
  Diese Kategorie wurde von uns vergeben, wenn sich Diagnosen auf den KS den durch Labornummern abgerechneten diagnostischen Maßnahmen zuordnen ließen, ohne daß für uns aus allen anderen Unterlagen über die Krankengeschichte des Patienten eine Veranlassung für derartige Untersuchungen gesehen wurde. Somit dient eine solche Diagnose vermutlich der Rechtfertigung von "Überdiagnostik" mancher Ärzte. Ein solches Verhalten zeigt sich bei ca. 20 % der betrachteten Ärzte, wobei es bei den Internisten stärker ausgeprägt ist als bei anderen Arztgruppen.

- Verdachtsdiagnosen

  Diese Kategorie wurde von uns für Diagnosen vergeben, die zu Abrechnungsziffern führten, ohne daß ein Zusammenhang mit der Krankengeschichte des Patienten

erkennbar wurde. Die hier gefundene Rechtfertigung von Überdiagnostik war durch die Verwendung der Zusätze "Verdacht auf" und "zur Beobachtung" gekennzeichnet.

Labordiagnosen und Verdachtsdiagnosen stimmen in dem Merkmal überein, daß hier keine Beziehung zur Krankengeschichte des Patienten erkennbar wird. Zur Charakterisierung einer "Überdiagnostik" fassen wir daher in der Auswertung beide Kategorien zusammen. Dabei stellt sich heraus, daß diese Vorgehensweise bei den Internisten häufiger auftritt als bei den Praktikern.

c) Kategorien als Ausdruck eines patientenorientierten Verhaltens des Arztes

- Grundleiden

Die Kategorie vergaben wir, wenn sich eine Diagnose durch alle oder die meisten Scheine eines Patienten auch bei verschiedenen Ärzten zog, ohne Diagnostik- oder Therapieprogramme nach sich zu ziehen. Wir faßten diese Diagnose dann als Dokumentation eines in der Regel chronischen Grundleidens des Patienten auf.

- ausführlicher Schein

Es handelt sich um die Beschreibung mehrerer Erkrankungen im Vergleich zur AU, d.h. um die Darstellung eines ausführlichen medizinischen Status.
Die Kategorie beschreibt die Krankenscheine, die ausführlich das gesamte Krankheitsbild eines Patienten darstellen, ohne daß hier aufgeführte Diagnosen fortgeschrieben oder als bloße Abrechnungsrechtfertigung erkennbar sind. Die Ausführlichkeit konnten wir besonders im Vergleich mit der gleichzeitig ausgestellten AU beobachten.

B. 3.2 Auswertung der Daten nach den Kategorien

Die auf dem oben beschriebenen Wege entwickelten Kategorien bildeten die Grundlage der Analyse der Erhebungsbogen. Dabei wurden die Erfassungsbogen jedes Probanden einzeln ausgewertet. Zunächst wurden alle den einzelnen Probanden behandelnden niedergelassenen Ärzte herausgeschrieben. Dann wurden die von diesen Ärzten ausgestellten Dokumente betrachtet. Zeigte sich ein Verhalten, das mit einer oder mehreren unserer Kategorien beschrieben werden konnte, so bekam der ausstellende Arzt die jeweiligen Kategorien zugeordnet. Die nachstehend beschriebenen Zahlen- und Prozentangaben geben die Häufigkeit der von uns gefundenen und mit Kategorien beschriebenen ärztlichen Verhaltensmuster wieder. Sie beziehen sich somit auf die Gesamtzahl der die Probanden behandelnden niedergelassenen Ärzte aus den jeweiligen Facharztgruppen. (Eine genaue Aufstellung der Zahlen der behandelnden Ärzte und der Verteilung auf die verschiedenen Arztgruppen findet sich im Kapital B 3.4 "Arztwahl".)

Die im folgenden beschriebene Auswertung der Häufigkeitsverteilung = der Besetzung der Kategorien bezieht sich auf Praktiker und Internisten sowie in Einzelfällen auf Orthopäden. Dies liegt darin begründet, daß nur diese Arztgruppen die von uns untersuchten Probanden in ausreichend großer Zahl behandelten. Nur so wurde unserer Meinung nach eine Interpretation mit genügender Wahrscheinlichkeit möglich. Zum besseren Verständnis sei hier im Vorgriff auf das Kapital "Arztwahl" eine Übersicht über die Zahlen der Ärzte der oben genannten drei Gruppen gegeben:

Praktiker	186
Internisten	86
Orthopäden	45

Einen genauen Überblick über die Häufigkeiten der Vergabe

aller Kategorien enthält der Tabellenanhang (Tab. 1 - 21). Der folgende Text beschreibt die Ergebnisse der Auswertung dieser Häufigkeitsverteilungen und legt Interpretationsmöglichkeiten dar.

Auswertung der Kategorien für die AU-Bescheinigung:

aa) Kategorien als Ausdruck einer administrativ-orientierten AU-Ausstellung, formale Routinisierung losgelöst von Inhalten

Die Kategorien Fortschreibediagnose, Fortschreibebefund, Abschreibe-AU und Standard-AU haben eine gemeinsame Tendenz, die wir als Ausdruck einer Routinisierung der Ausstellung von AU-Bescheinigungen bezeichnen können. Wenn wir diese Routinisierung untersuchen, sind zwei Gesichtspunkte von besonderem Interesse:

- die Häufigkeit, mit der dieses Verhalten unter Ärzten anzutreffen ist und
- ob Unterschiede zwischen Praktikern und Internisten festzustellen sind.

Von den 272 Ärzten, die wir in die Untersuchung einbezogen haben, haben 81 (= 30 %) das Ausstellen von AU-Bescheinigungen in der beschriebenen Weise routinisiert. Praktiker zeigten dieses Verhalten mit 34,4 % deutlich häufiger als Internisten (19,8 %). (s.a. Tab. 1)

Dieser Unterschied läßt sich aus der Verschiedenartigkeit der Patienten für Praktiker und Internisten erklären. Eine Aufschlüsselung der Zahlen nach Krankheitsgruppen zeigt, daß die Praktiker sehr viel häufiger WS-Probanden behandeln als die Internisten. Zugleich stellen wir fest, daß routinisierte AU-Bescheinigungen bei WS-Probanden häufiger vorkamen.

ab) Kategorien als Ausdruck einer administrativ-orientierten AU-Ausstellung, inhaltliche Routinisierung ärztlicher Mitteilungen

Die Kategorien "fehlender Befund", "Kurz-1-Wort-Diagnose ohne Befund" (beide auf der AU-Bescheinigung) sowie "Kurz-1-Wort-Diagnose" auf dem Kassenschein (siehe Tabellen 2 und 12)

Die wichtigsten Kategorien zur Beschreibung des AU-Ausstellungsverhaltens der beobachteten Ärzte sind die Kategorien "fehlender Befund" und "Kurz- u. Einwortdiagnose ohne Befund". Das Nichtausfüllen der Rubrik "Befund" auf der AU-Bescheinigung widerspricht eindeutig den Bestimmungen des BMV-Ä. Dieser schreibt im § 21 Abs. 1 eine "besondere Sorgfalt" bei der Ausstellung einer Au-Bescheinigung vor. Eine Kurz- und Einwortdiagnose, bei der auf eine Befundangabe verzichtet wird, macht der Kasse bzw. dem Vertrauensarzt es nahezu unmöglich, den Gehalt der medizinischen Aussage nachzuvollziehen.

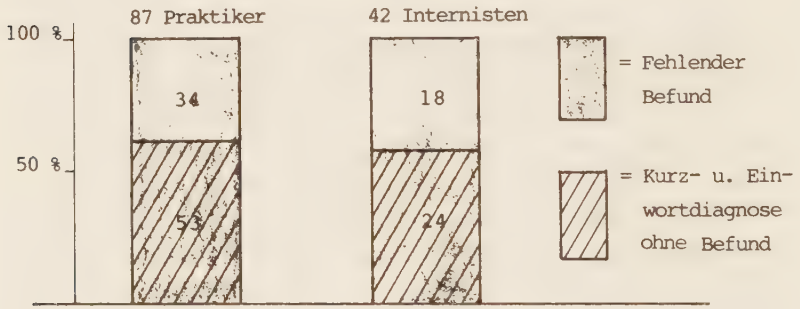
Unabhängig von der Arztgruppe füllt beinahe die Hälfte der Ärzte den Befund auf der AU-Bescheinigung nicht aus. An dieser Stelle muß man sich die Frage vorlegen, ob die Ärzte nur aus verwaltungsorganisatorischen Gründen so handeln. Die Eintragung des Befundes verfolgt die Absicht, die Arbeitsunfähigkeit zu dokumentieren, wie sie sich in der ärztlichen Sprechstunde darstellt. Dem Beschwerdebild des Patienten kommt daher neben der Befundung durch den Arzt besondere Bedeutung zu. Daß die Ärzte hiervon keinen Gebrauch machen, könnte damit zusammenhängen, daß ihnen ein Zugang zur "persönlichen Vorgeschichte" (Engelhardt u.a. 1973, 13) weitgehend fehlt. Sicher spielen auch der Zeitmangel durch Arbeitsüberlastung sowie das fehlende Verständnis für die Notwendigkeit einer Befundschreibung eine Rolle.

Von den 129 Ärzten, die auf die Angabe des Befundes verzichten, begnügen sich

60,9 % der Praktiker und
57,1 % der Internisten

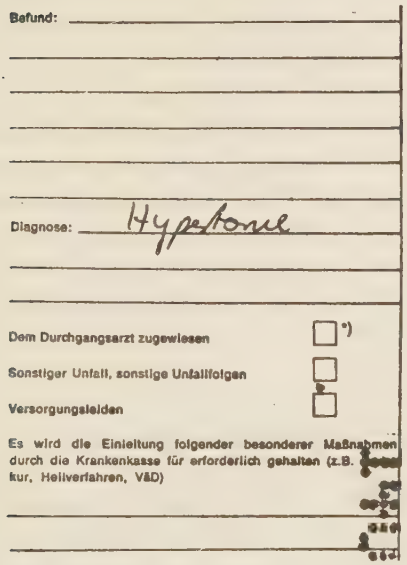
mit einer Kurz-1-Wort-Diagnose.

Abb. 4: **Anteil der AU-Bescheinigungen mit Kurz- u. Einwortdiagnosen an denen ohne Befund**



Insgesamt ergibt sich somit ein etwa gleich hoher Anteil von 28,5 % der Praktiker und 27,9 % der Internisten, die mit solchermaßen unzureichend ausgefüllten AU-Bescheinigungen weder den bestehenden Auflagen noch den Erfordernissen wie etwa der Informationsbedürftigkeit des VäD gerecht werden.

Abb. 5: **AU-Bescheinigung in Form von Kurz-1-Wort-Diagnose ohne Befund. Die Arbeitsunfähigkeit wurde mit dieser Begründung einmal fortgeschrieben und dauerte 8 Tage**



Bei WS-Probanden ist häufiger eine Befundangabe anzutreffen, unabhängig davon, ob sie von einem Praktiker oder einem Internisten behandelt werden. Dagegen wird bei MD-und HK-Probanden vergleichsweise häufiger auf eine Befunddokumentation verzichtet.

Als Erklärung bietet sich an, daß sich die Ärzte der besonderen Bedeutung, die die subjektive Beschreibung der Beschwerden von WS-Probanden für die Beeinträchtigung der Arbeitsfähigkeit hat, bewußt sind, und dies durch vermehrte Befunddokumentation zum Ausdruck bringen. Der Zusammenhang zwischen geklagten Beschwerden und der

Unfähigkeit zu arbeiten ist bei den chronischen WS-Erkrankungen sinnfälliger als bei den anderen beiden Krankheitsgruppen. Hinzu kommt, daß der Arzt auch aufgrund des Mangels an objektivierbaren Befunden für die Beschwerden eines WS-Patienten dessen subjektiven Schilderungen besondere Beachtung zumißt.

In der Verwendung von Kurz-1-Wort-Diagnosen ohne Befund auf AU-Bescheinigungen und Kurz-1-Wort-Diagnosen auf dem Kassenschein finden wir deutliche Unterschiede. Wir finden zum einen, daß Praktiker diese Form der Diagnose auf dem Kassenschein häufiger verwenden als Internisten. (s. Tab. 2 u. Tab. 12) Diesen Unterschied könnte man dahingehend erläutern, daß die Internisten in der Nennung der "Krankheit", wie es auf dem Kassenschein gefordert wird, sprachlich und fachlich gewandter sind als die Praktiker.

Zum anderen finden wir, daß auf Kassenscheinen weniger Kurz- und Einwortdiagnosen vorkommen als auf AU-Bescheinigungen (28,3 % Kurz- und Einwortdiagnosen ohne Befund auf der AU-Bescheinigung, 13,6 % Kurz- und Einwortdiagnosen auf dem Krankenschein). Eine Erklärung für dieses unterschiedliche Verhalten der Ärzte bietet die Betrachtung des unterschiedlichen Verwendungszweckes beider Dokumente: Für die AU-Bescheinigung ist die Krankenkasse der Adressat, für den Kassenschein zunächst die KV. Im ersten Fall treten die Ärzte zu Laien in Kontakt, im zweiten Fall zu Ärzten. Dies übt sicher einen Einfluß auf das Dokumentationsverhalten aus.

Anschließend ist daran zu denken, daß die Ärzte dazu ausgebildet werden, medizinische Befunde und ärztliche Diagnosen als Ergebnis ihrer Tätigkeit darzustellen, während das subjektive Beschwerdebild des Patienten demgegenüber in den Hintergrund tritt. Da Dokumentationsverhalten in der Aus- und Weiterbildung erworben

wird, ist auch dies sicherlich von Bedeutung für die Abfassung der Mitteilungen des Kassenarztes.

- Banaler Befund und banale Diagnose

  Die Tabellen 3 und 4 machen deutlich, daß banale Beschreibungen häufiger im Befund als in der Diagnose anzutreffen sind. Wir vermuten, daß bei den Befunden eher eine Einflußnahme durch Äußerungen von Patienten erfolgt, während bei der Krankheitsbezeichnung in der Diagnose auf eine medizinisch normierte Sprechweise zurückgegriffen wird. Daß Internisten diese Fachterminologie häufiger benutzen als die Praktiker, zeigte bereits die Besprechung der Kurz-1-Wort-Diagnose für AU und Kassenschein. Die Bevorzugung der Fachterminologie durch die Internisten erklärt sich sowohl aus der durch die längere Klinikausbildung bedingte größere Gewöhnung als auch durch die bei manchen Internisten anzutreffende Berufsauffassung als Facharzt.

  Als Beispiel für die Kategorie "banaler Befund" sei hier der Inhalt einer AU wiedergegeben: Diagnose "akute Gastroenteritis", Befund "Erbrechen, Durchfall, Leibschmerzen". Alle diese Angaben sind ja in der Praxis schwer überprüfbar und beruhen daher sehr wahrscheinlich auf Patientenangaben.

- Befund, der eine Maßnahme beschreibt

  In dieser Kategorie vertritt die Information über die durchgeführten Maßnahmen den Befund. Es handelt sich also nur um einen Ersatzbefund. Die Kategorie tritt bei allen Ärzten etwa gleich häufig auf (ca. 10 %) (siehe Tab. 5).

b) Kategorien als Ausdruck eines diagnostisch-therapeutischen Verhaltens des Arztes

- Verdachtsdiagnosen

Bei der Verwendung von Verdachtsdiagnosen auf der AU zeigen sich sowohl im Vergleich der Krankheitsgruppen untereinander als auch im Vergleich von Praktikern und Internisten keine unterschiedlichen Häufigkeiten. Die Kategorie stellt sich auch insgesamt als unerheblich heraus (kleiner als 10 %, s.a. Tab. 6).

Verdachtsdiagnosen betreffen in der Regel Krankheiten, die eine eingehende Diagnostik erfordern. Sie treten aber selten auf, weil meistens die Diagnose auf Anhieb gestellt werden kann und in der Praxis auch auf Anhieb gestellt werden muß.

Die Kategorien "Sehr eingehende Begründung der AU", "AU-Begründungsbefund" und "Hinweis zum Verlauf der AU" (siehe auch Tabellen 7, 8 und 9)

Die sehr eingehende Begründung und Dokumentation der Diagnose sowie die Darstellung des Krankheitsverlaufes erfüllen in vorbildlicher Weise das Ziel von AU-Bescheinigungen. Sie dokumentieren das Bemühen der Ärzte, die Kasse über den Gang der Erkrankung des Patienten zu informieren. Der zahlenmäßig stärkere Anteil der Praktiker an der Vergabe dieser Kategorie stützt die Vermutung, daß diese Arztgruppe zur Beschreibung des Kranken bzw. des Krankseins fähiger oder bereiter ist und sich mehr bemüht, die zur Beeinträchtigung der Arbeitsfähigkeit führenden Beschwerden hervorzuheben. Folgendes Beispiel zeigt eine solchermaßen vorbildliche AU-Bescheinigung:

Diagnose: Prellung li. Ellenbogen mit Abschürfungen und phlegmonöser Entzündung

Befund: oberhalb des li. Ellenbogens schmale Abschürfungen. Die Gelenkkonturen sind verstrichen. Entzündliche Rötung, Unterarmschwellung.

c) Kategorien als Ausdruck eines patientenorientierten Verhaltens des Arztes

- Grundleiden

Bei 11 % der in die Untersuchung einbezogenen Ärzte treffen wir das Bemühen des Arztes, die Kasse umfassend zu informieren. Der Arzt stellt die AU als wiederkehrende Episode eines chronischen Leidens dar. (s.a. Tab. 10)

- Engere Schweigepflicht

Dieses Verhalten ist Ausdruck eines reflektierten Umgangs mit der Schweigepflicht. Bei 2,9 % (8 von 272) der Ärzte fanden wir ein solches Verhalten, welches wir als Verschweigen oder Vertuschen von Diagnosen deuteten, die für den Patienten nach außen belastend sein können. Nur das nicht konsequente Einhalten dieser engeren Schweigepflicht auf allen uns zur Verfügung stehenden Dokumenten ermöglicht die Vergabe dieser Kategorie. Somit muß die gefundene Zahl als Minderangabe betrachtet werden.

Um dies mit einem Beispiel zu belegen:

Ein Krankenhausarzt bescheinigt seinem Patienten in der Krankenhausambulanz Arbeitsunfähigkeit mit der Diagnose "grippaler Infekt mit Magen-Darm-Störungen", während die Entlassungspapiere dieses Patienten von einem stationären Aufenthalt im gleichen Krankenhaus die Diagnose "Schizophrenie" enthalten. Hier ist ein Versuch der Zurückhaltung der stigmatisierenden Diagnose zu vermuten.

Auswertung der Kategorien für den Krankenschein:

a) Kategorien als Ausdruck einer adminstrativ-orientierten Ausfüllung des Krankenscheins

- Fortschreibediagnose

  Hier werden Diagnosen aus dem letzten Quartal auf den Kassenschein übernommen, ohne daß im Vergleich mit den abgerechneten Leistungsnummern eine eindeutige Zuordnung möglich wird (s.a. Tab. 11).

  Ursache für die Entstehung solcher "überausgefüllten Kassenscheine" ist eine Verselbständigung der Praxisorganisation gegenüber dem Handeln des Arztes. Diese Einschätzung bestätigt sich bei der Ärztebefragung (siehe dort).

- Kurz- und Einwortdiagnose

  Die Auswertung dieser Kategorie erfolgte bereits im Zusammenhang mit der Auswertung der Kurz-1-Wort-Diagnosen auf der AU-Bescheinigung (siehe dort, s.a. Tab. 2 u. 12).

- Laienhafte Ausdrucksweise

  Im Gegensatz zu den 18 % banalen Befunden und 8 % banalen Diagnosen auf der AU-Bescheinigung sind banale Diagnosen auf dem Krankenschein mit 1,1 % extrem selten. Hier zeigt sich die unterschiedliche Bedeutung (wenn auch nur in fachlicher Hinsicht), die der Arzt den beiden Referenzsystemen KV einerseits und Krankenkasse andererseits zumißt. (vergl. Tab. 3 und 4 sowie "Banale Diagnose" und "Banaler Befund" auf der AU)

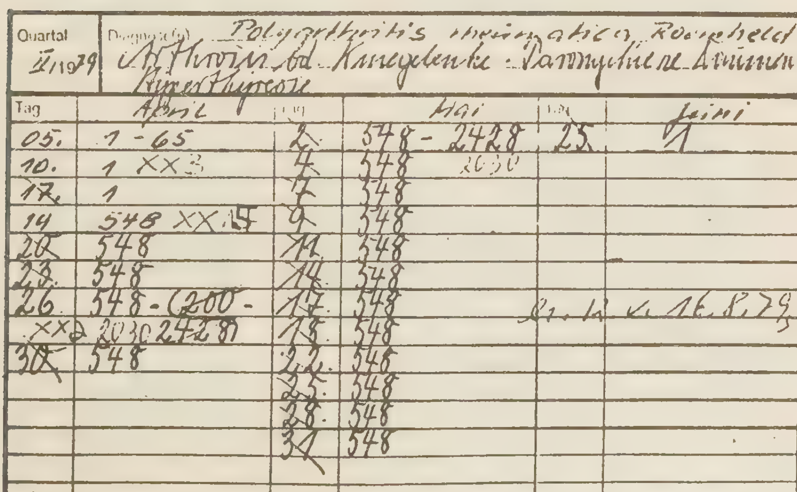
b) Kategorien als Ausdruck eines diagnostisch-therapeutischen Vorgehens des Arztes

- Therapieprogramm

  Wie oben beschrieben, haben wir das Therapieprogramm durch eine Abfolge von therapeutischen Leistungen definiert. Wie die Tabelle 13 zeigt, treffen wir solche Therapieprogramme sehr häufig bei WS-Leiden. Damit erklärt sich auch die Häufigkeit dieser Kategorie bei den Orthopäden, die ja vorwiegend WS-Leiden behandeln. Die Behandlung der WS-Leiden erfolgt überwiegend durch Injektionen und die Anwendung physikalischer Maßnahmen.

  Auch bei Praktikern und Internisten werden WS-Erkrankungen häufig mit Therapieprogrammen behandelt. Die geringere Prozentzahl bei den Internisten im Vergleich zu den Praktikern zeigt, daß Patienten mit WS-Leiden in der internistischen Praxis die Ausnahme sind.

Abb. 6: **Therapieprogramm vom 19.4. bis zum 31.5., 17 Anwendungen (548 = Kurzwellen- bzw. Mikrowellenbehandlung)**



Quartal II/1979 — Diagnose(n): Polyarthritis rheumatica [illegible] Arthrosis bd. Kniegelenke [illegible] Hyperthyreose

Tag	April	Tag	Mai	Tag	Juni
05.	1 - 65	2.	548 - 2428	25.	1
10.	1 XX3	4.	548 2030		
17.	1	7.	548		
19	548 XX.4	9.	548		
20.	548	11.	548		
23.	548	14.	548		
26.	548 - (200 -	17.	548		[illegible] 16.8.79
XX	2030 2428 80	18.	548		
30.	548	22.	548		
		25.	548		
		28.	548		
		31.	548		

- Diagnostikprogramm

Diagnostikprogramme, die auf dem Kassenschein durch Abrechnungsnummern für Diagnostik erkennbar sind, werden durchgeführt von:

45,3 % der Internisten
21,5 % der Praktiker
8,9 % der Orthopäden (siehe auch Tab. 14)

Hier zeigt sich, daß das Handeln der Internisten von der Durchführung umfassender Diagnostik als Schlüssel zur Erkrankung gekennzeichnet ist.

Abb. 7: **Diagnostikprogramm. Am 11.7. werden 21 Ziffern für Laboruntersuchungen (ohne vollmechanisiertes Analyse-Gerät in einer Laborgemeinschaft erbracht) abgerechnet**

Quartal 3 1979 — Diagnose(n): Prostata-Adenom, Varikosis, [illegible]

Tag		Tag		Tag	
9.7.	1-65	23.8	65	6.9.	1
9.7	1 - 14 AXX3	27.8.	1	7.9.	1-14A
10.7.	5160	31.8.	1	10.9.	1
11.7.	400-3500-4055-			14.9.	1-14A
	3505-4205B-			19.9.	1
	3711B-3720B-			20.9.	1
	3710B-3906B-			24.9.	1
	3663B-3664B-			27.9.	1
	3738B-3735B-				
	3734B-3748B CHE				
	3737B-3787B-				
	3715B-3681B-				
	3682B-3685B-				4 A
19.7.	1 [illegible]				
13.7	1				

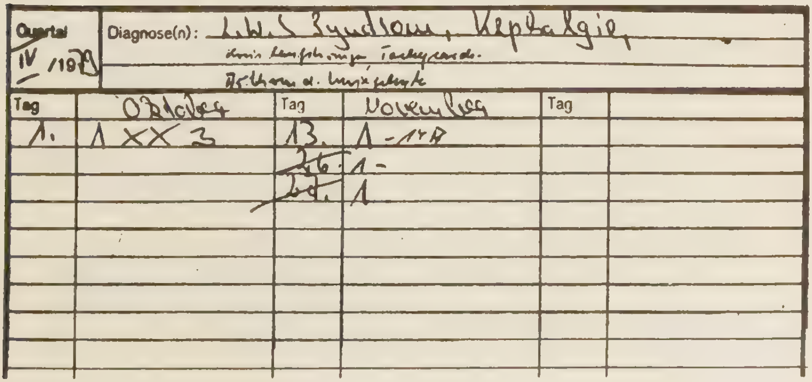
- Allgemeinabrechnung

  Hier wurden vorwiegend Ziffern aus dem Bereich der Grundleistungen verwandt.
  Eine Allgemeinabrechnung wurde von uns bei

  29,6 % der Praktiker und
  14,0 % der Internisten gefunden (s.a. Tab. 15)

  Die Praktiker verwenden in weit umfangreicherem Maße die Ziffern aus den ersten drei Abschnitten des BMÄ, wo Grundleistungen wie Beratung, Untersuchung und Hausbesuch zusammengefaßt sind, als die Internisten. Für die Bevorzugung dieser für die Krankenkassen preisgünstigeren Abrechnungsform sind zwei Interpretationsmöglichkeiten denkbar. Einmal liegt anscheinend das Hauptgewicht der Leistungen von Praktikern auf dem Gebiet der ärztlichen Grundleistung. Zum anderen muß der Praktiker bemüht sein, mehr preisgünstige Kassenscheine abzurechnen, um nicht einem Prüfungsverfahren unterzogen zu werden, denn ihm wird im Vergleich zu den Internisten ein sehr viel niedrigerer Fallwertdurchschnitt zugestanden.

Abb. 8: **Allgemeinabrechnung**
(1 = Beratung, 14 a = Ausstellung einer AU-Bescheinigung)


Quartal IV /197[illegible]
Diagnose(n): [illegible]

Tag	Oktober	Tag	November	Tag	
1.	1 X X 3	13.	1 - 14 a		
		[illegible]	1 -		
		[illegible]	1		

- Labordiagnosen und Verdachtsdiagnosen

Wie schon in der Definition erwähnt, charakterisieren beide Kategorien Rechtfertigung von "ärztlicher Überdiagnostik" und werden daher gemeinsam ausgewertet. Die Zahlenverteilungen dieser Kategorien finden sich in den Tabellen 16, 17 und 18.

Da diese Kategorien von uns nur vergeben wurden, wenn die Labordiagnosen bzw. Verdachtsdiagnosen aus der Krankengeschichte des Patienten nicht erklärbar waren, spiegeln sich in den dargestellten Prozentangaben mit hoher Wahrscheinlichkeit Rechtfertigungsdiagnosen für die durchgeführten Laboruntersuchungen wider. Andererseits erklärt sich die Spitzenposition der Internisten sicherlich aus den ihnen eigenen fachspezifischen Handlungs- bzw. Behandlungsweisen.

Im folgenden seien 2 Beispiele für die Vergabe der Kategorien "Labordiagnosen" und "Verdachtsdiagnosen" genannt. So schreibt ein Arzt auf den Kassenschein eines Patienten (bei gleichzeitiger Abrechnung der entsprechenden BMÄ-Nummern): "Verdacht auf Fettstoffwechselschaden, Verdacht auf Gicht, Verdacht auf Leberschaden". Besonders auffällig ist dieses Verhalten, weil die gleichen Diagnosen und die gleichen Nummern in zwei aufeinanderfolgenden Scheinen für den gleichen Patienten gefunden werden.

Ein anderer Arzt fiel unter die Kategorie "Labordiagnosen" und "Verdachtsdiagnosen" für folgende Diagnosen auf einem Schein: "V.a. Oberbauchsyndrom, V.a. Cholecystopathie, Fettleber, V.a. Hyperlipidämie, V.a. Hypokaliämie, V.a. Harnwegsinfekt, V.a. Diabetes mellitus, Leberzellschaden, Verdacht Hypercholesterinämie".

Gleichzeitig wurden die Laborleistungen zu diesen Diagnosen abgerechnet.

c) Kategorien als Ausdruck eines patientenorientierten Verhaltens des Arztes

- Grundleiden und ausführlicher Schein

Diese beiden Kategorien faßten wir als Ausdruck eines patientenorientierten Verhaltens der Ärzte zusammen. Die Häufigkeitsverteilungen für diese beiden Kategorien finden sich in den Tabellen 19, 20 und 21.

Der deutliche Unterschied zwischen Praktikern und Internisten läßt sich dadurch erklären, daß die Praktiker, die häufiger als die Internisten eine Hausarztfunktion ausfüllen, in dieser Funktion auch bemüht sind, ihren Patienten bzw. dessen Leiden umfassend darzustellen, wie es ja mit den Kategorien "Grundleiden" und "ausführlicher Schein" beschrieben wird.

Beispielhaft für einen solchen medizinischen Status sei ein Krankenschein, der zu einer AU-Bescheinigung wegen "Kreislaufstörungen" gehörte. Der Proband suchte die Arztpraxis viermal auf, es wurden viermal die Nummer "1" und zweimal die Nummer "14 a" abgerechnet. Als Diagnosen erschienen: WS-Syndrom, vegetative Dystonie, Kreislaufstörungen, Kephalgie, Oedeme, Dysmenhorroe, chronische Obstipation, Varicosis.

Zur Beurteilung der Kategorie "ausführlicher Schein" ist zu ergänzen, daß Kassenärzte Medikamente nur dann repeztieren dürfen, wenn sich deren Verschreibung aus den Diagnosen auf dem Krankenschein rechtfertigen läßt.

Da uns Rezepte in unserer Dokumentenanalyse nicht zur Verfügung standen, sind für uns solche "Rezept-Rechtfertigungsdiagnosen" nicht erkennbar. Es ist aber denkbar, daß sie sich hinter einem "ausführlichen Schein" verbergen.

B. 3.3 Weiterführende Interpretation zur Aussagefähigkeit von Krankenscheindiagnosen

In der bisherigen Auswertung der Kategorien für den Kassenschein berücksichtigten wir sowohl formale als auch inhaltliche Aspekte der dort vorhandenen Informationen.

Die Auswahl und Gruppierung einiger Kategorien, die nur inhaltliche Aussagen des Abrechnungsdokumentes fassen, ermöglichen es uns, in der folgenden weitergehenden Auswertung Verhaltensweisen von Ärzten aufzuzeigen, welche sich in deren diagnostischen Verhalten dokumentieren. Hierbei kommen uns besonders die folgenden zwei Strukturmerkmale unserer Dokumentananalyse zur Hilfe.

- Durch das Hinzuziehen von Diagnosen und Befunden auf AU-Bescheinigungen wird unser Einblick in die Krankheit eines Patienten erweitert
- Durch das Vorliegen von AU-Bescheinigungen aus 18 bzw. Kassenscheinen aus 9 Quartalen bekommen wir Einblick in die Krankengeschichte eines Patienten.

Durch diese Quer- und Längsschnittbetrachtung können wir die Richtung festlegen, in der Kassenscheindiagnosen eine Aussage zulassen.

a) Kassenschein-Diagnosen, die geprägt sind durch die Belange des Arztes
b) Kassenschein-Diagnosen, die geprägt sind durch die Belange des Patienten
c) Kassenscheindiagnosen, die überflüssig sind und weder den Belangen des Arztes noch denen des Patienten dienen.

Die folgende Zusammenstellung berücksichtigt nur die Häufigkeit der an Praktiker und Internisten vergebenen Kategorien, weil nur diese beiden Arztgruppen in ausreichender Zahl in der Untersuchung vertreten sind.

der Kategorien für den Kassenschein hier nicht berücksichtigt werden, bleibt ein Teil der Kassenscheine im Hinblick auf diese Auswertung unberücksichtigt.

a) Kassenschein-Diagnosen, die geprägt sind durch die Belange des Arztes

Hierunter verstehen wir Kassenschein-Diagnosen, die vom Arzt zur Rechtfertigung seiner Abrechnung von diagnostischen und therapeutischen Maßnahmen aufgeführt werden. Dabei fallen durchschnittlich 22,8 % aller Praktiker und Internisten auf. (s.a. Tab. 18)

b) Kassenschein-Diagnosen, die geprägt sind durch die Belange des Patienten

Hierunter verstehen wir Kassenschein-Diagnosen, die zur umfassenden Dokumentation des gesamten Krankheitsbildes eines Patienten dienen. Dabei werden die vom Arzt zur Findung dieser Diagnosen durchgeführten Maßnahmen nur in geringem Maße abgerechnet. Dieses Verhalten haben wir durch die Vergabe der Kategorien "Grundleiden" und "ausführlicher Schein" beschrieben. Dabei fallen 69 von 272 (= 25,4 %) Praktikern und Internisten auf. (s.a. Tab. 21)

c) Kassenschein-Diagnosen, die überflüssig sind und weder den Belangen des Arztes noch denen des Patienten dienen

Hierunter verstehen wir Kassenschein-Diagnosen, die, für uns durch die Längsschnittbetrachtung erkennbar, nur aus vorangegangenen Quartalen fortgeschrieben werden. Dabei haben diese Kassenschein-Diagnosen weder einen Bezug zu einem für das jeweilige Quartal aktuellen Krankheitsbild oder dienen der Dokumentation einer chronischen Erkrankung, noch werden sie zur Rechtfertigung der Abrechnung eventuell möglicher therapeutischer

oder diagnostischer Maßnahmen benutzt. So nutzten sie also weder den Belangen des Patienten noch denen des Arztes. Dieses Verhalten haben wir durch die Vergabe der Kategorie "Fortschreibediagnose" beschrieben. Dabei fallen 14,3 % Praktiker und Internisten auf (s.a. Tab. 11). Zu beachten ist, daß sich die Vergabe der Kategorie "Fortschreibediagnose" mit der Vergabe anderer Kategorien nicht ausschloß, so daß die oben genannte Prozentzahl nicht bedeutet, daß diese Ärzte ausschließlich Fortschreibediagnosen verwandten.

B. 3.4 Arztwahl

Im Rahmen unserer Untersuchung sind wir den folgenden Fragen nachgegangen:

- Wie ist es um die Inanspruchnahme verschiedener Ärzte durch den gleichen Patienten bestellt?
- Gibt es Verteilungsmuster für die Inanspruchnahme von Praktikern und bestimmten Fachärzten?
- Können wir beobachten, daß bestimmte Ärzte als Hausärzte tätig werden?
- Ist die Inanspruchnahme eines Facharztes abhängig vom Sozialstatus?

Von den in die Untersuchung einbezogenen 155 Probanden wurden 580 verschiedene Ärzte aufgesucht. Unsere Aussage bezieht sich auf 18 Quartale für die AU-Bescheinigungen, für 9 Quartale auf AU-Bescheinigung und Kassenscheine. Die Anzahl der Ärzte bezieht sich auf alle Probanden; dabei haben einige Ärzte mehrere der von uns untersuchten Probanden behandelt. Durchschnittlich folgt hieraus, daß - bezogen auf jeden einzelnen der 155 Probanden - 3,74 verschiedene Ärzte in Anspruch genommen werden.

Erscheint in einer Krankengeschichte ein neuer Arzt, so wurde dies als Arztwechsel definiert. Da wir Kassenscheine

eines Patienten bei dieser Untersuchung nur dann finden konnten, wenn sie mit einer Arbeitsunfähigkeit verbunden waren, steht zu vermuten, daß die tatsächliche Zahl der Arztwechsel höher liegt als die von uns angegebene. Dies läßt sich aber erst dann abklären, wenn alle Kassenscheine eines Patienten auf EDV gespeichert sind und somit abrufbar bzw. auffindbar werden.

Von den 580 Ärzten sind 465 niedergelassene Ärzte (= NA) in der ambulanten Versorgung, die restlichen 115 Ärzte sind Krankenhaus-, Kur- oder Vertrauensärzte.
Da bei diesen 465 NA insgesamt 66 Ärzte zwei oder mehrere Probanden behandelt haben, sind unter diesen 465 NA 356 verschiedene Ärzte.

Abb. 9: **Verteilung der behandelnden Ärzte**

Unter den 465 NA (Basiszahl für nachfolgende Prozentangaben) waren:

Praktiker/Allgemeinärzte	186	(= 40,0 %)
Internisten	86	(= 18,5 %)
Gynäkologen	4	(= 0,9 %)
Chirurgen (einschl. DA)	78	(= 16,8 %)
Neurologen	5	(= 1,1 %)
Hautärzte	11	(= 2,4 %)
HNO-Ärzte	6	(= 1,3 %)
Ophthalmologen	25	(= 5,4 %)
Zahnärzte	12	(= 2,6 %)
Urologen	7	(= 1,5 %)
Orthopäden	45	(= 9,7 %)

Anm.: Hierzu zählten auch die in der chirurgischen Ambulanz eines Krankenhauses tätigen Durchgangsärzte

Tabelle 22

Übersicht über die Verteilung der wichtigsten 4 Arztgruppen auf die 3 Probandengruppen.

Die 465 NA verteilen sich auf die Patienten der drei Krankheitsgruppen:

Probandengruppe	WS (96 Prob.)	MD (32 Prob.)	HK (27 Prob.)
Anzahl der Ärzte	289	96	80
Prakt./Allg.	114 (39,4 %)	38 (39,6 %)	34 (42,5 %)
Internisten	43 (14,9 %)	25 (26,0 %)	18 (22,5 %)
Orthopäden	39 (13,5 %)	3 (3,1 %)	3 (3,8 %)
Chirurgen	47 (16,3 %)	16 (16,7 %)	15 (18,8 %)
alle anderen Fachrichtungen	ad 100 %	ad 100 %	ad 100 %

Bei der Betrachtung des Patientenverhaltens bezüglich der Fachärzte treten deutliche Unterschiede zutage. Während die chronisch "internistisch" Kranken, nämlich die MD- wie auch die HK-Probanden überdurchschnittlich häufig auch einen Internisten aufsuchen, wohingegen bei diesen Probandengruppen Orthopäden nur im Ausnahmefall konsultiert werden, zeigt sich bei den WS-Probanden das umgekehrte Bild. Hier werden Orthopäden deutlich überdurchschnittlich und Internisten deutlich unterdurchschnittlich frequentiert.

Aus diesem Sachverhalt sind zwei Schlüsse zu ziehen. Zum einen ist festzustellen, daß im System der freien Arztwahl der Patient auch den Arzt aufsucht, der seine Erkrankung optimal behandeln kann, wobei die Frage, ob dies aus eigenem Antrieb oder auf Lenkung des Hausarztes hin geschieht, hier nicht geklärt werden kann. Zum anderen kann aus den deutlichen Zahlenunterschieden rückgeschlossen werden, daß unsere Einteilung aufgrund unserer Definition von chronisch krank plausibel ist.

Für einen Vergleich der von uns gefundenen Zahlen zur Arztwahl unserer Probanden mit dem tatsächlich vorhandenen Angebot an niedergelassenen Ärzten der verschiedenen Fachgruppen im Erhebungsbereich ist besonders das Verhältnis Praktiker zu Fachärzten von Interesse. Denn ein solcher Vergleich erlaubt Rückschlüsse auf das Inanspruchnahmeverhalten von chronisch Kranken, wie sie ja durch unsere Probanden repräsentiert werden.

Die Verteilung der niedergelassenen Ärzte im Erhebungsbereich entnehmen wir einer Aufstellung der dortigen OKK von 1981. Demnach sind 31,3 % aller niedergelassenen Ärzte Praktiker. Diese Zahl ist mit dem von uns gefundenen Praktikeranteil von 40 % (siehe Abb. 9) nur unter Berücksichtigung der folgenden Überlegung zu vergleichen. Sowohl die Zugehörigkeit unserer Probanden zu einer der drei oben mehrfach beschriebenen Krankheitsgruppen als auch die Auffindung der Ärzte alleinig über die AU-Bescheinigung limitiert für unsere Verteilung die Repräsentation einer Reihe von Arztgruppen wie die der Kinderärzte, Radiologen, HNO-Ärzte und Gynäkologen. Bereinigt man unter dieser Überlegung die vorliegenden Zahlen der OKK, so ergibt sich ein Praktikeranteil von 41,7 %.

Diese Zahl entspricht weitgehend dem von uns gefundenen Praktikeranteil von 40 %, so daß ein vom Arztangebot abweichendes Inanspruchnahmeverhalten unserer Probanden nicht festzustellen ist. Eine Auswertung der Verteilung der einzelnen Facharztgruppen ist für uns zum einen wegen der oben genannten Einschränkungen durch die Probandenauswahl und zum anderen wegen der relativ geringen Probandenzahl nicht durchführbar.

Die Identifikation eines Hausarztes erfolgte nach einer operationalen Definition. Danach wurde als Hausarzt betrachtet, wer

- entweder der einzige von uns gefundene behandelnde Arzt des Probanden während des Untersuchungszeitraumes war, oder
- im Vergleich zu den anderen behandelnden Ärzten eines Patienten wesentlich häufiger (mindestens dreimal) und nach dem Besuch anderer Ärzte wieder aufgesucht wurde. Wenn unter diesem Aspekt zwei Ärzte als Hausärzte in Frage kamen, wurde derjenige zum Hausarzt bestimmt, der zuletzt in den Unterlagen des Probanden auftrat.

Das Hausarztverhalten der 155 Probanden stellt sich nach unserer Definition folgendermaßen dar:

Von 155 Probanden haben 147 = 94,8 % einen Hausarzt. Davon sind:

107 (72,8 %) Prakt./Allgemeinärzte
35 (23,8 %) Internisten
4 (2,7 %) Orthopäden
1 (0,7 %) Chirurg

Tabelle 23: Darstellung der Hausarztverteilung nach Probanden- und Arztgruppen

In den drei Krankheitsgruppen treten als Hausärzte folgende Arztgruppen auf:

	WS (90 HA)	MD (31 HA)	HK (26 HA)
Prakt./Allg.	69 (76,7 %)	20 (64,5 %)	18 (69,2 %)
Internisten	16 (17,8 %)	11 (35,5 %)	8 (30,8 %)
Orthopäden	4 (4,4 %)	-	-
Chirurgen	1 (1,1 %)	-	-

Auch bei dieser Auswertung zeigt sich, was bereits bei der Arztwahl auffiel: "Internistische" Patienten, d.h. MD- bzw. HK-Probanden wählen überdurchschnittlich häufig den Arzt auch zum Hausarzt, der ihre Erkrankung optimal behandeln kann. Hier liegt der Anteil der Praktiker/Allge-

meinärzte an den Hausärzten deutlich niedriger als bei den WS-Probanden. Ein Orthopäde als Hausarzt jedoch bleibt auch bei den WS-Probanden die Ausnahme. Dies erklärt sich wohl durch das recht begrenzte medizinische Spektrum, welches von Orthopäden behandelt werden kann.

Aus der Ärztebefragung geht hervor, daß die Orthopäden eindeutig die Hausarztfunktion ablehnen, während bei Internisten die Meinung über diese Funktion gespalten ist. Unabhängig davon können auch wir feststellen, daß der Hausarzt eine zentrale Rolle in der ambulanten Versorgung einnimmt.

Wie wir bei der Arztgruppenverteilung und dem Hausarztverhalten - bezogen auf die drei Krankheitsgruppen - gesehen haben, ist die Tendenz der Inanspruchnahme eines Arztes durch den Patienten unabhängig zu sehen von seiner Wahl des Hausarztes. Denn von Probanden aller drei Krankheitsgruppen werden Praktiker gleich häufig aufgesucht, wohingegen der Anteil der Praktiker an der Hausarztfunktion zwischen den Krankheitsgruppen unterschiedlich ist. Dennoch ist hervorzuheben, daß die Hausarztfunktion weiterhin in hohem Umfang von den Praktikern wahrgenommen wird.

B. 3.4.1 Abhängigkeit der Arztwahl vom Ausbildungsstand der Patienten

Zu klären gilt die Frage, ob die Arztwahl abhängig von der Ausbildung oder der Tätigkeit der Patienten ist. Hierzu stand uns der bereits oben erwähnte Tätigkeitsschlüssel der Bundesanstalt für Arbeit (siehe Abb. 2) zur Verfügung, aus dem auch ersichtlich ist,

- ob der Proband eine Tätigkeit als Arbeiter oder Facharbeiter ausführt und
- ob er eine Lehre abgeschlossen hat oder nicht.

Wir verglichen diese Angaben und das Arztwahlverhalten von 46 von unseren Probanden. Die Verteilung der Probanden auf

die drei Krankheitsgruppen entspricht der Gesamtverteilung aller Probanden. Dabei wählten wir:

26 Patienten, die ausschließlich Praktiker/Allg. aufsuchten, sowie

20 Patienten, die ausschließlich Fachärzte aufsuchten.

Aus beiden Gruppen, die durch das beschriebene Arztwahlverhalten vorgegeben waren, waren für jeweils einen Patienten keine Angaben über Ausbildung und Tätigkeit vorhanden.

Es fand sich folgende Verteilung:

Tabelle 24: Arztwahl in Abhängigkeit vom sozialen Status

Nur Fachärzte bzw. nur Praktiker wurden aufgesucht von:

	Arbeiter	Facharbeiter	gesamt
"Facharztgruppe"	5	14	19
"Praktikergruppe"	5	20	25
gesamt	10	34	44

Tabelle 25: Arztwahl in Abhängigkeit von der Ausbildung

Nur Fachärzte bzw. nur Praktiker wurden aufgesucht von:

	Probanden ohne Lehre	Probanden mit Lehre	ohne Angaben	gesamt
"Facharztgruppe"	3	15	1	19
"Praktikergruppe"	3	20	2	25
gesamt	6	35	3	44

Die Betrachtung der Zahlen zeigt, daß ein von Ausbildung oder Tätigkeit abhängiges unterschiedliches Arztwahlverhalten bei den von uns untersuchten Probanden nicht zu finden ist.

B. 3.5 Weiterführende Fragestellungen an die erhobenen Daten

Außer den bereits bearbeiteten Auswertungen können anhand der erhobenen Daten noch die folgenden Fragestellungen untersucht werden:

- Ist die ICD für die Dokumentation kassenärztlicher Diagnosen geeignet?
- Gibt es Unterschiede im Diagnosespektrum von Internisten und Praktikern?
- Was läßt sich über patienten- und arztbezogene Dokumentationsinhalte auf Krankenscheinen sagen?
- Was ist Arztkontakt, was ist Praxisbesuch?

Die Untersuchungen zu diesen Fragestellungen sind im folgenden dargestellt.

B. 3.5.1 Ist die ICD für die Dokumentation kassenärztlicher Diagnosen geeignet?

Bei der Erhebung der Daten (in der Krankenkasse) fanden wir auf den Leistungskarten ICD-verschlüsselte Diagnosen, die die Krankenkasse zur Festlegung ihrer Blockfristen aus AU-Diagnosen erstellt. Könnte man diese bereits EDV-erfaßten Diagnosen für die Auswertung von Arbeitsunfähigkeitsbescheinigungen benutzen, so entfiele das zeitraubende Aufsuchen und Erheben von Originaldiagnosen auf den Leistungsbelegen. Voraussetzung hierfür ist, daß sich der verwandte dreistellige ICD-Schlüssel nach der Entschlüsselung der Originaldiagnose mit hinreichend großer Genauigkeit wiedererkennen läßt. Ob diese Voraussetzung bei den vorliegenden Diagnosen erfüllt ist, wollen wir hier zu klären versuchen.

Um die möglichen Störfaktoren bei der Benutzung eines Diagnoseschlüssels aufzuzeigen, ist in der Abbildung Nr. 10

der Vorgang einer solchen Ver- und Entschlüsselung dargestellt.

Abb. 10: **ICD-Verschlüsselung und mögliche Störfaktoren**

Vorgang	Störfaktor
Lesen der Originaldiagnose	Schlechte Leserlichkeit
Interpretation und Verschlüsselung	Mängel des Schlüssels Fehler des Verschlüsselnden
Systematisieren nach der ICD (dreistellig)	Geringe Eindeutigkeit
Rückschlüsselung der ICD-Ziffer	Fehler des Rückschlüsselnden
Rückgriff auf die Originaldiagnose??	

Beim Vorgang der Verschlüsselung kommen also als Störfaktoren Mängel des Schlüssels und auch Fehler des Verschlüsselnden in Betracht. Mängel des Schlüssels sind in allererster Linie die fehlende Ordnung des ICD-Werkes nach Nosologie, Ätiologie und Topographie bei der Zusammenfassung von Diagnosen zu Diagnosegruppen. Fehler des Verschlüsselnden sind zufälliger Art oder entstehen infolge mangelnder medizinischer Kenntnisse. Sie führen zu einer falschen Zuordnung der Originaldiagnosen zu den Schlüsselnummern. Eine richtige Zuordnung der Originaldiagnosen kann jedoch selbst medizinischen Fachleuten mißlingen, da die Kenntnis von Nosologie, Ätiologie und Topographie - wie sie für die Einordnung in die richtige ICD-Diagnosegruppe nötig ist - aus den Informationen der AU-Unterlagen allein nicht gegeben ist. Die in der ICD durch Zusammenfassung von Diagnosen entstehenden Diagnosegruppen stellen außerdem Grobgruppen dar. Diese verhindern sowohl beim Ver- als auch beim Entschlüsseln die für eine eindeutige

Zuordnung zur Originaldiagnose notwendige Unterscheidungsmöglichkeit nach den drei oben genannten Einordnungsqualitäten.

Beide Störfaktoren summieren sich und bedingen eine geringe Eindeutigkeit der dreistelligen ICD-Nummern. Schließlich sind bei der Rückschlüsselung wiederum unsystematische Fehler des Entschlüsselnden denkbar.

Besonders zu erwähnen ist, daß Diagnosenzusätze wie "Verdacht auf", "akut", "chronisch" oder "Operation" im dreistelligen ICD-Schlüssel nicht als eigenständige, die Diagnose nach Bedarf ergänzende Zusätze berücksichtigt sind. Auch der Umstand, daß aus einer Reihe von gleichzeitig in der Krankenkasse vorliegenden Originaldiagnosen oft nur eine verschlüsselt wurde, und zwar dann meist die, welche auch schon zu vorhergehenden Arbeitsunfähigkeiten geführt hatten, fiel auf.

Sowohl der Umstand, daß die vergleichende Betrachtung der ICD- und Originaldiagnose für die gesamte Krankengeschichte mehrerer unserer Probanden zu ziemlich verschiedenen Ergebnissen führte, als auch die Breite des unter einer ICD-Nummer subsumierten Spektrums von teilweise recht unterschiedlichen Diagnosen schränkt die Brauchbarkeit dieses Diagnoseschlüssels für eine Analyse nach unseren Qualitätsmaßstäben ein. Dabei ist zu berücksichtigen, daß der ICD Diagnosen von Todesursachenstatistiken zugrunde liegen. Sie wird somit von einem anderen Ordnungsinteresse geleitet als es für AU-Diagnosen aus der primärärztlichen Versorgung angebracht ist. Primärärztlich sind die von der ICD vorausgesetzten klinischen Differenzierungen nicht zu leisten, aber auch entbehrlich, denn der Primärarzt muß unmittelbar handeln, den Patienten arbeitsunfähig schreiben und diese Bescheinigung mit einer Diagnose begründen.

Wir haben bei der vergleichenden Betrachtung von ICD- und Originaldiagnose in unseren Arbeitsunfähigkeitsbescheinigungsunterlagen erhebliche Differenzen gefunden. Dies liegt daran, daß ICD-Nummern Diagnosegruppen umfassen und die Zuordnung zu diesen Gruppen den oben aufgezählten Problemen unterliegt.

Originaldiagnose AU-Bescheinigung	ICD-Diagnose nach 3stelligem Schlüssel	
Proband 102		
AU 1		
z.B. akutes Abdomen	785	Symptome, die dem Abdomen und den unteren Verdauungsorganen zugeordnet werden können
Pankreopathie		
Reaktivierung einer TBC		
Zustand nach Lungen-OP		
chron. asthmatoide Bronchitis	490	n.n. bez. Bronchitis
Fettleber	571	Leberzirrhose
Zustand n. Pankreatitis		

Die Diagnosen "z.B. akutes Abdomen, Pankreopathie und Zust. n. Pankreatitis" können alle mit der ICD-Diagnose "Symptome, die dem Abdomen und den unteren Verdauungsorganen zugeordnet werden können" gemeint sein, wobei nicht ersichtlich ist, ob sie zusammengefaßt wurden oder ob zwei dieser drei Diagnosen nicht verschlüsselt wurden. Die Diagnosen "Reaktivierung einer TBC" und "Zustand nach Lungen-OP" wurden nicht verschlüsselt. Die Angabe der Ätiologie der Bronchitis, wie sie durch den Diagnosenzusatz "chron. asthmatoid" angegeben wird, wird aus der ICD-Diagnose nicht ersichtlich. Eine Rückschlüsselung aller

ICD-Diagnosen ist unmöglich.

AU 2

fieberhafter grippaler Infekt	465	akute Infektion der oberen Luftwege an mehreren oder nicht näher bezeichneten Stellen
chron. Bronchitis	491	chron. Bronchitis
fieberhafter Infekt mit Gastroenteritis mit Verdacht auf Pankreatitis	009	Durchfallkrankheiten

Bei dieser AU wird ein Mangel der dreistelligen ICD besonders deutlich. Eine ausführliche Diagnose, die versucht, medizinische Zusammenhänge darzustellen sowie differentialdiagnostische Überlegungen aufzuzeigen, kann mit einer 3stelligen ICD-Ziffer nicht erfaßt werden. So wird die medizinisch gehaltvolle Diagnose "fieberhafter Infekt mit Gastroenteritis mit Verdacht auf Pankreatitis" schlicht zu "Durchfallkrankheiten". Hier ist festzuhalten, daß eine solch verkürzte Diagnose naturgemäß bei Verwendung für epidemiologische Fragestellungen zu völlig irreführenden Ergebnissen führen muß.

AU 3

akute Ischiolumbalgie bei LWS-Verschleißschaden	728	schmerzhafte Wirbelkörpersyndrome

AU 4

Zustand nach Lungen-OP mit reaktiver Verkrümmung der Brust-Lendenwirbelsäule	735	Deformitäten der WS
reaktive paravertebrale Myogelosen und Lumbalgie	728	schmerzhafte WK-Syndrome

Die Originaldiagnose gibt Auskunft über die Genese der zur Arbeitsunfähigkeit führenden Erkrankung. Diese sehr spezielle Erkrankung wird durch die ICD in eine Grobgruppe eingeordnet. Hier geht die Beziehung zur Entstehung des Leidens völlig verloren. Auch an diesem Punkt wird deutlich, daß der Epidemiologe mit der ICD-Diagnose schlecht beraten ist. Eine schmerzhafte Deformität der Wirbelsäule entsteht mit Sicherheit häufiger durch Arbeitsplatz- und Umweltbelastungen als durch Operationen an der Lunge, so daß die ICD-Diagnose zu falschen Schlüssen verleitet.

AU 5

chronisches Ulkusleiden

chron. Kreislaufschwäche	458	sonstige Krankheiten des Kreislaufsystems
chron. exkretorische Pankreasinsuffizienz	577	Krankheiten der Bauchspeicheldrüse

Hier wurde eine Originaldiagnose nicht verschlüsselt. Die Diagnose "chron. exkretorische Pankreasinsuffizienz" verliert an prognostischer und therapeutischer Information durch die Einordnung in die Grobgruppe der Bauchspeicheldrüsenerkrankungen.

Da sich schon bei den einzelnen AU-Bescheinigungen von AU 1 bis AU 5 des Probanden 102 das tatsächliche Leiden des Patienten aus den ICD-Diagnosen nicht erkennen ließ, ist es verständlich, daß die Erstellung einer Krankengeschichte aus diesen ICD-Diagnosen unmöglich ist.

Originaldiagnose AU-Bescheinigung	ICD-Diagnose nach 3stelligem Schlüssel

Proband 171

AU 1

HWS-Syndrom mit Ulnarisschädigung	728	schmerzhafte WK-Syndrome

AU 2

HWS-Syndrom bei Bandscheibenschaden, C4/C5 und C5/C6	728	schmerzhafte WK-Syndrome

AU 3

HWS-Syndrom mit Ulnarisparese	728	schmerzhafte WK-Syndrome

Durch die drei AU-Diagnosen dieses Probanden entwickelt sich eine Krankengeschichte. Es wird deutlich, daß das Grundleiden dieses Probanden ein HWS-Syndrom ist. Durch die zweite AU-Diagnose wird ein Hinweis zur Genese des Grundleidens gegeben. Durch die Zusätze in den AU-Diagnosen in AU 1 und AU 3 wird eine Progredienz in den negativen und den Patienten in seiner Arbeitsfähigkeit behindernden Auswirkungen des Grundleidens deutlich (Ulnarisschädigung - Ulnarislähmung).

Die immer gleichlautende ICD-Diagnose gibt lediglich das Grundleiden an, ohne allerdings auf die Lokalisation einzugehen. Von der Genese oder gar von den progredienten Auswirkungen dieses Grundleidens erfährt der Leser dieser ICD-Diagnosen nichts. Was für den medizinisch gebildeten Leser in der Originalfassung ein verständliches Bild des Patienten bedeutet, wird durch die dreistellige ICD zur wenig aussagefähigen Platituede.

B. 3.5.2 Unterschiede im Diagnosenspektrum von Internisten und Praktikern

In einer Untersuchung von L. v. FERBER (10) wird die diagnostische Nomenklatur des niedergelassenen Arztes mit

klinischen Diagnoseschlüsseln verglichen. Es wird festgestellt, daß der praktische Arzt mit dem psychosozialen Hintergrund des Patienten und dessen so entstandenem Leiden häufig konfrontiert wird und vor diesem Hintergrund seine Diagnosen stellt, da er oft die Hausarztfunktion wahrnimmt und eine umfassende Kenntnis seines Patienten und dessen Lebensumstände hat. Der Klinikarzt erarbeitet unabhängig von der sozialen Umgebung des Patienten eine wissenschaftliche Diagnose.

So erklärt v. FERBER das Phänomen, daß der Praktiker Erkrankungsbilder, mit denen er in seiner Praxis häufig und in großer Variation konfrontiert wird wie z.B. Erschöpfung und Lumbago, mit einer Vielzahl von Diagnosen beschreibt. Demgegenüber werden im Sprachgebrauch der Klinik hier nur wenige, weitgehend ätiologiebezogene Diagnosen verwendet.

Der Klinikarzt hat jedoch für Erkrankungsbilder, die die diagnostischen Möglichkeiten einer Klinik voraussetzen, eine spezifizierende Diagnosenvielzahl. Davon ausgehend, stellt sich für uns die Frage, ob der niedergelassene Internist in seinem Diagnosen-Sprachgebrauch eher dem Praktiker oder eher dem Krankenhausarzt vergleichbar ist.

Die Beantwortung dieser Frage ermöglichen uns die Gegenüberstellungen von Diagnosen niedergelassener Praktiker und Internisten aus unseren Erhebungsunterlagen.

Auf der Suche nach eventuell vorhandenen Unterschieden wählen wir 2 Ansatzpunkte. Zum einen suchen wir nach auffälligen, seltenen und sehr differenzierten Diagnosen auf AU-Bescheinigungen und Kassenscheinen. Wir vergleichen die Häufigkeit und die Schwerpunkte solcher Diagnosen bei Internisten und bei Praktikern. Zum anderen suchen wir Diagnosen von Internisten und Praktikern zu den häufigen Krankheitsbildern "Lumbago" und "Erschöpfung", um auch hier eventuelle Unterschiede feststellen zu können.

Die Auswertung des ersten Ansatzpunktes zeigt, daß die Internisten besonders auf den Gebieten der Herz-Kreislauf-, Pankreas-, Nieren-, Magen-Darm- sowie Stoffwechsel- und Auto-Immun-Erkrankungen erheblich speziellere Diagnosen als die Praktiker sowie eine größere Diagnosenvielfalt dokumentieren. Als Beispiele für diese spezielleren Internistendiagnosen seien hier folgende genannt: paroxysmale Extrasystolie bei Struma nodosa; z.B. Hyperparathyreoidismus; M. Meniére; verwachsener, verlagerter Magenfundus mit Spitzendivertikel. Die Diagnosenvielfalt läßt einen häufigeren Umgang der Internisten mit speziellen Erkrankungen vermuten, während die spezielleren Diagnosen Ausdruck und Ergebnis invasiverer und weiterreichender apparativer Diagnostik sind. Diese Ergebnisse beruhen auf der langen und speziellen Facharztausbildung der Internisten.

Die Auswertung des zweiten Ansatzpunktes zeigt, daß für die häufigen Erkrankungen um die Diagnosen "Lumbago" und "Erschöpfung" nach Durchsicht unserer Unterlagen kein Unterschied hinsichtlich Spektrum und Qualität der verwandten Diagnosen zwischen niedergelassenen Internisten und Praktikern zu finden ist.

Auffällig ist das Überwiegen von medizinisch klar definierten Diagnosen wie "orthostatische Kollapsneigung" oder "hypotone Dysregulation" zur Erkrankung "Erschöpfung" auf dem Kassenschein gegenüber entsprechenden Diagnosen auf AU-Bescheinigungen. Hier finden sich z.B. "Schwindelanfall" oder "Kollapsneigung" zu diesem Erkrankungsbild.

Zusammenfassend ist festzuhalten, daß sich das Diagnosenspektrum der Internisten bei häufigen Erkrankungen nicht von dem der Praktiker unterscheidet, während das Diagnosenspektrum der Internisten bei speziellen Erkrankungen eher dem von Krankenhausärzten vergleichbar ist. Somit spiegeln die Diagnosen der Internisten sowohl die Situation

des niedergelassenen Arztes als auch seine langjährige fachärztliche Ausbildung wider.

B. 3.5.3 Patienten- und arztbezogene Dokumentationsinhalte auf Krankenscheinen

Bezüglich der Krankenscheine waren für uns zusätzlich zu den oben erfolgten Auswertungen die folgenden Fragen von Interesse:

- Wieviele Kassenscheine erhalten wir für jeden Probanden?
- Wieviele Diagnosen stehen auf dem Schein?
- Läßt sich die Krankengeschichte des Patienten aus den Krankenscheinen rekonstruieren?
- Lassen sich aus der Diagnosezahl auf dem Kassenschein Schlüsse auf dessen Interpretationsmöglichkeiten ziehen?

- Zahl der Kassenscheine

Uns waren nur Kassenscheine zugänglich, die mit einer Arbeitsunfähigkeit des Probanden verbunden waren, so daß wir nur mit Hilfe der AU-Bescheinigung die arztbezogen gelagerten Kassenscheine finden konnten. So fanden wir durchschnittlich 1,71 Kassenscheine pro Patient und Jahr, so daß uns für unsere Untersuchung durchschnittlich 3,85 Scheine pro Proband aus 9 Quartalen zur Verfügung standen.

- Zahl der Diagnosen auf dem Schein

Hier zeigte sich eine deutliche Differenz zwischen Diagnosenzahlen auf Kassenscheinen von Probanden verschiedener Krankheitsgruppen:

	HK	WS	MD
Diagnosen pro Schein:	5,8	3,6	6,3

Die größere Anzahl an Diagnosen bei den "internistisch" Kranken ist nach der obigen Kategorienauswertung darauf zurückzuführen, daß bei diesen Probanden erheblich öfter ein Diagnostikprogramm mit den entsprechenden Labor- und Verdachtsdiagnosen durchgeführt wurde.

- Rekonstruktion der Krankengeschichte möglich?

Unter Rekonstruktion der Krankengeschichte verstehen wir die Darstellung des für den Patienten im Vordergrund stehenden Leidens und dessen Entwicklung. Die Erstellung einer solchen Krankengeschichte allein aus den Kassenscheinen ist an zwei Bedingungen geknüpft. Zum einen sollte möglichst aus jedem Quartal ein Kassenschein vorliegen, um Kontinuität zu erreichen, und zum anderen dürfen diese Scheine nicht mit Diagnosen überhäuft sein, damit eine Eindeutigkeit und Zuordenbarkeit gegeben ist. So fanden wir, daß eine Krankengeschichte ausschließlich aus den uns vorliegenden Kassenscheinen bei 58 % der Probanden nicht zu erstellen war. Dies lag zum einen daran, daß eine Kontinuität durch unsere Krankenscheinauswahl nach AU-Bescheinigungen nicht gegeben war, zum anderen müssen die diagnostischen Angaben eindeutig patientenbezogen interpretiert werden können. Vor allem die Scheine der HK- und MD-Probanden enthielten zu viele Diagnosen, als daß sich die Krankengeschichte erstellen ließ.

Zusammenfassend ergibt sich, daß ein kurzer Längsschnitt der Kassenscheine und ein breiter Querschnitt der darauf enthaltenen Diagnosen das Erstellen einer Krankengeschichte unmöglich machen, während der umgekehrte Fall, also ein langer Längsschnitt der Kassenscheine und ein schmaler Querschnitt der Diagnosen dies ermöglichen.

- Verknüpfung von Diagnosenzahl und Interpretationsmöglichkeit

Wir untersuchen die Frage, ob die Zahl der Diagnosen auf dem einzelnen Kassenschein losgelöst von der Krankengeschichte des Probanden Hinweise auf die Zuordnungsmöglichkeit dieses Kassenscheines zu einer der im Kapitel B.3.3 beschriebenen Interpretationsrichtungen ermöglicht. Diese weiterführende Interpretation zur Aussagefähigkeit ordnete die Krankenscheine in solche, die

- geprägt sind durch die Belange des Arztes, d.h. vorwiegend der Rechtfertigung der Abrechnung dienen,
- geprägt sind durch die Belange des Patienten, d.h. dessen Krankheitsbild umfassend dokumentieren,
- mit ihren Diagnosen weder den Belangen des Arztes noch denen des Patienten dienen, sondern vielmehr einer Fortschreibung von Diagnosen aus vorausgegangenen Quartalen entspringen.

Dabei ergibt sich, daß wir eine Reihe von Kassenscheinen unter keine dieser Interpretationsrichtungen ordnen können. Diese nicht einzuordnenden Kassenscheine sind mit durchschnittlich 2,5 Diagnosen gefüllt. Die Kassenscheine jedcch, die sich einer der drei Aussagerichtungen zuordnen lassen, weisen durchschnittlich 6,7 Diagnosen auf. Eine hohe Zahl von Diagnosen auf dem Krankenschein erleichtert uns also dessen Interpretation.

Die Durchführung dieser Untersuchung setzt die Kenntnis der Krankengeschichte voraus. Das Ergebnis zeigt jedoch, daß Kassenscheine auch losgelöst von der Krankengeschichte des Patienten über die hohe Zahl der Diagnosen auffällig werden.

B. 3.5.4 Was ist Arztkontakt, was ist Praxisbesuch?

Der Krankenschein dient als Dokument für die Abrechnung ärztlicher Leistungen, die der Versicherte erhalten hat. Für die Beurteilung dieses Dokumentes ist es von Interesse, ob die abgerechneten Leistungen vom Arzt persönlich erbracht werden, oder ob der Patient durch die Mitarbeiter des Arztes betreut wird.

Unsere Untersuchung zeigt, daß Leistungen, die im BMÄ mit weniger als 71,5 Punkten bewertet sind, d.h. geringer als die Abrechnungsziffer "1" (Beratung eines Kranken, auch mittels Fernsprecher, bei Tage, 71,5 Punkte) vergütet werden, oft dann nicht vom Arzt erbracht werden, wenn sie allein abgerechnet werden. Wird eine solche niedriger vergütete Leistung vom Arzt erbracht, ist, da er sie in der Regel gleichzeitig dem Patienten erklärt, die Abrechnung der Ziffer "1" gerechtfertigt. Somit läßt sich aus der Abrechnung einer unter 71,5 Punkten bewerteten Leistung auf einen Praxisbesuch ohne Arztkontakt schließen.

Nach unseren Erkenntnissen ist es somit berechtigt, bei abgerechneten Ziffern für Labor- oder Röntgendiagnostik und physikalische Therapie von Patient-Praxis-Kontakt statt von Patient-Arzt-Kontakt zu sprechen.

Unter diesen Gesichtpunkten fanden wir bei unseren Probanden, daß für jede Arbeitsunfähigkeit, die infolge des chronischen Leidens (WS, HK, MD) auftritt, die Arztpraxis zwischen 1 und 24 mal aufgesucht wird.

	HK	MD	WS
Praxisbesuche/AU (Durchschn.)	5,6	4,9	8,2

Die hohe Anzahl der Praxisbesuche bei den WS-Probanden gegenüber den HK- und MD-Patienten läßt sich durch die Therapieprogramme erklären, die ja bei diesen Probanden einen

häufigen Praxisbesuch, zum großen Teil ohne Arztkontakt, erfordern.

Zusätzlich ergab sich die Frage, ob die Zahl der Arztbesuche pro AU abhängig vom Alter der Patienten ist. Hierzu betrachteten wir alle AUs unabhängig von der sie begründenden Erkrankung und fanden:

Patienten bis 35 Jahre	3,88 Besuche/AU
Patienten von 35 bis 45 Jahre	4,92 "
Patienten über 45 Jahre	5,82 "

Ein Anstieg in der Anzahl der Arztbesuche pro AU mit dem Alter ist also gegeben. Dabei ist zu berücksichtigen, daß das Durchschnittsalter unserer Probanden nach Krankheitsgruppen nicht wesentlich differiert (MD 41,1 Jahre, WS 46,0 Jahre, HK 47,4 Jahre).

Wie sich an verschiedenen Stellen der vorausgegangenen Untersuchung gezeigt hat, ist die Aussagefähigkeit der Dokumente der GKV begrenzt. Daher erscheint es sinnvoll, die Dokumentenanalyse durch eine weitere soziologische Methode zu ergänzen. Eine Befragung niedergelassener Ärzte sollte offene Fragen klären sowie die Ergebnisse der Dokumentenanalyse, insbesondere die Interpretationen ärztlicher Verhaltensmuster, absichern.

C. ÄRZTEBEFRAGUNG

C. 1 Fragestellung

Die Notwendigkeit einer Ärztebefragung im Anschluß an die Dokumentenanalyse ergab sich im wesentlichen daraus, daß unsere Interpretationen ärztlicher Verhaltensmuster überprüft und abgesichert werden sollten.

Hierzu sollte zum einen die rechtlich-vertragliche Seite durch Vertreter von Krankenkasse und KV geklärt werden, und zum anderen sollten niedergelassene Ärzte zu verschiedenen Problemkreisen der Dokumentenanalyse befragt werden.

Im einzelnen stellten sich folgende Untersuchungsfragen:

Für die AU-Bescheinigung

- Warum verzichtet ein Großteil der Ärzte auf eine Befunddokumentation?
  Die Dokumentenanalyse zeigt, daß viele Ärzte bei der Ausstellung der AU auf einen Befund verzichten und somit gegen die Bestimmungen des Bundesmantelvertrages verstoßen.

- Welche Einflüsse wirken auf Art und Ausführlichkeit von AU-Diagnosen und -Befunde?
  Bei vielen AUs fanden wir, daß Diagnosen und evtl. Befund in banaler Form formuliert waren, was sich auf Kassenscheinen erheblich seltener zeigte. Hier vermuteten wir entweder Einflüsse der Äußerungen von Patienten oder eine bewußte Vereinfachung der AU-Dokumentation seitens der Ärzte mit Rücksicht darauf, daß AU-Bescheinigungen von medizinischen Laien gelesen werden. Außerdem konnten wir vermuten, daß die Art und Ausführlichkeit der Befundausstellung abhängig von der Art der Erkrankung ist.

- Wie wird die Ausstellung der Verlängerung gehandhabt?
  Verlängerungen von AU-Bescheinigungen wirkten oft abge-

schrieben.

Für den Krankenschein

- Welche Intentionen und Verzerrungen führen zu den als "ausführlicher Schein", "Labordiagnosen" und "Fortschreibediagnosen" beschriebenen Typen des Dokumentationsverhaltens?

- Welche Aussagefähigkeit haben Abrechnungen in Form von "Laborprogrammen", "Therapieprogrammen" und "Allgemeinabrechnungen"?

Als mögliche Ursachen für diese spezifischen Strukturen im Abrechnungs- und Dokumentationsverhalten vermuten wir, daß das Ausfüllen des Kassenscheines verschiedenen Verzerrungen unterleigt. Diese sind zum einen die Bemühungen des Arztes, seine Leistungen soweit zu rechtfertigen, daß sie von der KV bzw. der Kasse nicht beanstandet werden, zum anderen der Versuch des Arztes, die Beschwerden seiner Patienten möglichst umfassend und präzise darzustellen. Außerdem glaubten wir, daß die Aussagefähigkeit der Kassenscheine durch mangelnde Qualifikation des Hilfspersonals zusätzlich verzerrt wird, soweit dies die Kassenscheine ausfüllt.

Zur kassenärztlichen Routine

- Gibt es aus der Sicht niedergelassener Ärzte in der ambulanten Medizin Überdiagnostik auf dem Laborbereich? Hier interessierte uns im wesentlichen die Wriksamkeit und "Güte" des BMÄ, wie sie von den Ärzten beurteilt werden. Außerdem wollten wir wissen, wie Ärzte mit dem "hohen moralischen Anspruch, Art und Maß der Nachfrage nach ihrer Leistung selbst zu bestimmen", wie es Winfried Schreiber (12) formulierte, fertig werden. Es ging uns darum, Überdiagnostik, Patientenwunsch, medizinisch wichtige Vorsorge und Unnötiges durch sachkundige Äußerungen voneinander trennen zu können bzw. zu lernen.

- Welche Gründe führen zum Verschweigen von Diagnosen auf GKV-Dokumenten?
  Wir wollten die Motive der von uns gefundenen "engeren Schweigepflicht" (s.d.) aufdecken.

- Welchen Stellenwert hat die Hausarztfunktion für die verschiedenen niedergelassenen Ärzte?
  Hier interessierte uns die Überprüfung der von uns vorgelegten Fakten zur Hausarztverteilung für die verschiedenen Facharztgruppen.

Weiterhin wollten wir der Frage nachgehen, inweiweit "Überweisungen auf Verlangen" eine Rolle spielen.

Um die Vergleichbarkeit der Gespräche zu sichern, wurden die Untersuchungsfragen zu einem Interviewleitfaden umgearbeitet. (Abbildung des Interviewleitfadens (Abb. 11) siehe Anhang)

C. 2 Durchführung

C. 2.1 Ausarbeitung des Interviewleitfadens

Die oben erwähnten Strukturmerkmale und Vermutungen über deren Entstehung bestimmten den Inhalt unserer Fragen. Nun galt es, die für die Anwendung der Fragen optimal mögliche Form zu finden und einen entsprechenden Fragebogen zu entwerfen. Da wir ein möglichst breites Spektrum von Informationen erhalten wollten, wählten wir die offene Frage. Dies begründete sich zum einen in dem großen Informationsgehalt, der mit dieser Art von Fragen zu erreichen ist, zum anderen damit, daß unsere Gesprächspartner wohl bereit waren zu einem offenen Interview, nicht aber zur Auswahl vorgefertigter Antwortmöglichkeiten.

Nach dieser Auswahl mußte die Reihenfolge der Themen auf

dem Leitfaden festgelegt werden. Hierbei hielten wir uns im groben an die Technik des Funneling (7), eine Methode, mit der durch die Reihenfolge der Fragen ein Thema von zunächst allgemeinen Betrachtungen auf schließlich konkrete Gesichtspunkte gelenkt wird. Dieses Vorgehen ist besonders bei Fragestellungen angezeigt, deren freizügige Erörterung der Überwindung einer gewissen Hemmschwelle und des Aufbaus einer Vertrautheit zwischen Interviewer und Interviewtem bedarf. Da wir der Ansicht waren, daß die Auskünfte über die Handhabung des eigenen Abrechnungsverhaltens sowie dessen selbstkritische Betrachtung eben eine solche Vertrautheit zwischen den Gesprächspartnern voraussetzt, plazierten wir die diesbezüglichen Fragen an das Ende unseres Leitfadens. Unter Beachtung all dieser theoretischen Überlegungen wurde ein Leitfaden erstellt, dessen endgültige Fassung Abb. 11 (Anhang) zeigt.

Da wir zusätzlich noch einige Fragen zum Inhalt und technischen Ablauf der Prüfung von kassenärztlichen Abrechnungen hatten, die nur an Vertreter von Krankenkassen oder KV gestellt werden sollten, verfaßten wir einen vierten und fünften Themenkreis, die auf dem für die Befragung der niedergelassenen Ärzte verwandten Leitfaden nicht abgedruckt waren.

Diese Fragen zur rechtlich-vertraglichen Seite unserer Thematik sollten vor Beginn der eigentlichen Ärztebefragung geklärt werden. Wir erwarteten, so genügend Informationen zu bekommen, um den Ärzten als versierte Gesprächspartner entgegentreten zu können. Aus diesem Grunde und auch um die Anwendbarkeit des Fragebogens beurteilt zu bekommen, stellten wir die Fragen zunächst einem Vertragsrechtler einer Krankenkasse vor.

C. 2.2 Auswahl der Ärzte

Der Zugang zum niedergelassenen Arzt als Interviewpartner

ist sehr schwierig. Dies liegt zum einen in der hohen Arbeitsauslastung und dem daraus resultierenden Zeitdruck begründet, zum anderen ist aber auch eine zurückhaltende Einstellung gegenüber medizinsoziologischen Befragungen zu beobachten. Grundsätzlich zogen wir für die Auswahl der Interviewpartner zwei Zugangswege in Betracht: einerseits der Versuch, über Zufallsstichproben und Anschreiben, eventuell unter Mithilfe der KVen, formell Kontakt zu Ärzten zu bekommen, andererseits durch bereits bestehende Kontakte zu niedergelassenen Ärzten auf dem "Empfehlungswege" zu weiteren Gesprächspartnern zu gelangen. Die geringe Gesprächsbereitschaft niedergelassener Ärzte bei formeller Kontaktaufnahme in früheren Untersuchungen mit ähnlicher Aufgabenstellung veranlaßte uns, die formelle Kontaktaufnahme auszuschließen und die informelle zu suchen, nicht zuletzt auch, weil wir uns auf diesem Wege eine ergiebigere und auch vertraulichere Gesprächsatmosphäre erhofften.

So baten wir uns aus dem Studium bekannte niedergelassene Ärzte um deren Unterstützung bei der Kontaktaufnahme, die uns auch in großzügiger und hilfsbereiter Art und Weise gewährt wurde. Einige der so befragten Ärzte verhalfen uns dann mit neuen Kontakten zu weiteren Gesprächspartnern.

Da die Aussagen der Dokumentenanalyse sich im wesentlichen auf die Fachgruppen der Allgemeinärzte und Internisten sowie in geringerem Umfang auf die der Orthopäden bezogen, sollten die befragten Ärzte auch nur diesen drei Ärztegruppen zugehören.

Da die Ärztebefragung der Interpretation der Dokumentenanalyse diente, sollte sie wie die Datenerhebung in einem vergleichbaren großstädtischen Bereich durchgeführt werden.

Unter Berücksichtigung all dieser Überlegungen wählten wir jeweils 10 niedergelassene Internisten und Allgemeinärzte sowie 2 Orthopäden, zum größten Teil aus Düsseldorf, als Gesprächspartner aus.

C. 2.3 Verlauf der Ärztebefragung

Wir versuchten, telefonisch mit den betreffenden Ärzten Termine zu vereinbaren. Dabei erhielten wir bei 22 von insgesamt 33 kontaktierten Ärzten Gesprächstermine. 3 der verbleibenden 11 Ärzte zeigten zwar Interesse an einer Befragung, es fand sich aber kein für beide Seiten akzeptabler Gesprächstermin. Die übrigen 8 Ärzte konnten oder wollten uns keinen Termin anbieten.

Bis auf 4 einzeln geführte Befragungen wurden alle Gespräche von zwei Befragern geführt. Die 22 Arztbesuche führten wir in der Zeit vom 7.11.1981 bis zum 28.12.1981 durch. Dabei ergab sich eine durchschnittliche Gesprächsdauer von 60 Minuten. Weit zeitaufwendiger waren jedoch die vielen Telefonate bis zur endgültigen Terminabsprache, die Wegezeiten sowie das Protokollieren der Gespräche.

Auf unseren Interviewleitfaden erhielten wir meist sehr ausführliche und komplexe Antworten, die auch die Thematik mehrerer unserer Fragen gleichzeitig berührten. Dies erforderte eine genaue Kenntnis der Themen des Leitfadens, um lästige Doppelfragen zu vermeiden oder um gegebenenfalls die Reihenfolge der Fragestellung der Gesprächssituation entsprechend zu variieren. Zudem war eine stichwortartige Mitschrift nötig, um in den späteren Protokollen den vollen Umfang der Gespräche ohen Verzerrungen durch das Gedächtnis wiedergeben zu können. Deshalb bewährte sich die Gesprächsführung durch zwei Befrager, wobei die Aufgabe der Gesprächsführung von dem einen, die der stichwortartigen Mitschrift von dem jeweils anderen wahrgenommen wurde.

Die weitaus meisten Gespräche verliefen in ausgesprochen offener, kollegialer Atmosphäre, und auch der Wunsch vieler Ärzte, uns bei der Erstellung unserer Doktorarbeit behilflich zu sein, erhöhte die Gesprächsbereitschaft. So wurde oft die von uns zunächst erbetene Gesprächszeit erheblich überschritten,

und es wurden Themenkreise angesprochen, die über die Themen unseres Leitfadens hinausgingen.
Aus diesen Gründen halten wir die uns gegebenen Auskünfte auch für zuverlässig.

C. 3 Auswertung

C. 3.1 Zusammenfassung der Meinungen von Praktikern

Erster Themenkreis: Die AU-Bescheinigung

Die Hälfte der befragten 10 Praktiker hält eine Befundschreibung für nicht sinnvoll. 3 dieser 5 Ärzte können sich auch keinen Verwendungszweck dieses Befundes bei der Kasse vorstellen. Die anderen beiden Befragten glauben aber, daß die Kasse und eventuell der Vertrauensarzt aus den Befunden nützliche Informationen ziehen können. Aus der anderen Gruppe, die einen Befund für sinnvoll hält, sind 2 der Ansicht, daß ein Befund nützlich ist zur Verdeutlichung der Diagnose und zur Information von Kasse und Vertrauensarzt über den Erkrankten. Die drei übrigen Ärzte halten eine genaue Befundschreibung auf der AU für außerordentlich wichtig. Sie glauben, daß sowohl für den Vertrauensarzt aus diesen Befunden wichtige Erkenntnisse hervorgehen als auch die Kasse als bezahlender Teil des Gesundheitswesens Hinweise über Verläufe und Hergänge von Erkrankungen benötigt.

Für 6 der 10 befragten Praktiker haben die von den Patienten vorgebrachten Beschwerden keinen Einfluß auf die Formulierung des Befundes auf der AU-Bescheinigung. Diese Ärzte sind der Meinung, daß es sich bei der Befunderhebung und Niederschrift um einen möglichst objektiven und qualifizierten medizinischen Vorgang handeln sollte und die Patientenangaben unter diesem Aspekt oft zu unspezifisch seien. Einer der Praktiker stellt zwar auch einen möglichst

objektiven, die tatsächlichen Beschwerden des Patienten dokumentierenden Befund in den Vordergrund seiner Bemühungen, hält aber die Erläuterungen durch den Patienten ebenfalls für nützlich.

Die verbleibenden 3 Ärzte berücksichtigen in großem Maße die Patientenangaben für eine Formulierung des Befundes. Denn oft handele es sich um zunächst nicht überprüfbare, subjektive Beschwerden, vor allem auch Schmerzangaben, die den Patienten zum Arztbesuch bzw. den Arzt zur Ausstellung der AU veranlassen.

Zu der Frage der Handhabung der Verlängerung der AU äußern sich 5 Praktiker relativ gleichlautend, indem sie angeben, die Diagnose in der Regel zu übernehmen und im Befund jeweils Hinweise zum Verlauf der AU zu geben. 3 weitere Allgemeinmediziner aktualisieren die Diagnosen oder Befunde nur dann, wenn ihnen inzwischen neue Erkenntnisse, wie z.B. Laborergebnisse, zugegangen sind. Ein Arzt sagt, daß er AUs in der Regel so terminiere, daß eine Verlängerung nicht oder nur selten nötig sei, welche dann aber gegebenenfalls zumeist von der Erstbescheinigung abgeschrieben werde. Ein weiterer Arzt schließlich stellt eine AU-Verlängerung nur nach Neuuntersuchung aus.

7 der befragten 10 Praktiker machen die Entscheidung, einen Befund zu schreiben oder wegzulassen, nicht von der Art oder Schwere der Erkrankung abhängig, sondern entscheiden sich mehr oder weniger grundsätzlich für das eine oder andere Vorgehen, was ja auch schon bei den Antworten zur Frage 1 deutlich wurde. So halten 3 Ärzte den Befund grundsätzlich für überflüssig, weil bei banalen Erkrankungen ja jeder weiß, wie es aussieht, und bei schweren Erkrankungen es schon durch die Diagnose klar ist, daß der Patient nicht arbeiten kann. Dagegen sind 4 der 7 Ärzte grundsätzlich von der Notwendigkeit einer Befunddokumentation auf der AU überzeugt und machen dies auch nicht von der Art und

Schwere der Erkrankung abhängig. Für die verbleibenden 3 Praktiker spielen die Schwere und Art der Erkrankung bei der Dokumentation eines Befundes sehr wohl eine Rolle. So meint einer dieser drei, daß sich gerade bei schwierigen Erkrankungen der Befund erübrige, weil diese Diagnosen meist recht eindeutig seien. Währenddessen sind die anderen beiden Ärzte der Meinung, daß sich gerade bei banalen häufigen Erkrankungen der Befund erübrige und sie nur wegen ihrer Verpflichtung der Kasse gegenüber einen Befund niederschreiben.
Zur Differenzierung der Ausführlichkeit der Diagnoseschreibung im Vergleich zu Kassenscheindiagnosen stießen wir auf ein breites Spektrum von Meinungen.
2 der befragten Ärzte schreiben Diagnosen und Befunde auf AUs bewußt kürzer und vereinfacht gegenüber der entsprechenden Kassenscheindiagnose, da sie zum einen eine Rechtfertigung der von ihnen abgerechneten Leistungen auf dem Kassenschein durch ausführlichere Diagnosen für nötig halten und zum anderen der Ansicht sind, daß man auf einen geringeren Ausbildungsstand von Kassenbeamten Rücksicht zu nehmen habe. 3 weitere Befragte halten zwar das medizinische Verständnis der verschiedenen Adressaten von AU und KS für annähernd gleich, bemühen sich jedoch, durch exaktere Ausfüllung des KS ihre Abrechnung zu rechtfertigen, so daß die korrespondierenden AU-Formulare relativ verkürzt erscheinen. Die übrigen 5 Ärzte halten den Sachverstand beider Adressaten für etwa gleich und meinen, ihre AU-Formulare und Kassenscheine im großen und ganzen gleich auszufüllen.

Zweiter Themenkreis: Der Krankenschein

Alle befragten Ärzte dokumentieren auf den Kassenscheinen ihrer Patienten alle Diagnosen, die während des Quartals zu "diagnostischen oder therapeutischen Konsequenzen geführt haben", wie es stellvertretend einer formuliert. Dabei vereinfachen 4 der Praktiker diese Tätigkeit durch

die Einführung von "Dauerdiagnosen", die chronische und ständig behandlungs- bzw. medikationsbedürftige Erkrankungen bezeichnen und die gesondert auf den Patientenkarteien gekennzeichnet sind. Diese Diagnosen werden beim ersten Patienten-Praxis-Kontakt im Quartal auf die Scheine der Patienten geschrieben.

Für die Art der Schreibung der akuten Diagnosen gibt es unterschiedliche Angaben. Ein Arzt läßt diese am Ende des Quartals von seinen Helferinnen auf den Schein schreiben. Alle anderen Ärzte bemühen sich, die Diagnose sofort bei der Behandlung zu dokumentieren. Dies geschieht bei einem Allgemeinmediziner durch die Mitarbeiterinnen, bei einem anderen sowohl durch diese als auch durch ihn selbst. Die übrigen 7 Ärzte schreiben die Diagnosen selbst nieder.

8 der befragten 10 Praktiker kennen die von uns als Fortschreibediagnosen bezeichneten Eintragungen auf den Kassenscheinen. Übereinstimmend machen diese Ärzte eine mangelnde Qualifikation und zu geringe Aufmerksamkeit des Praxishilfspersonals bei der Übertragung von Diagnosen aus den Karteikarten auf die Kassenscheine dafür verantwortlich. In geringem Maße legen sie es einer schlechten Überwachung dieser Tätigkeit durch die jeweiligen Ärzte zur Last. Einer dieser Ärzte kann auch für seine Praxis das Vorkommen von Fortschreibediagnosen nicht ausschließen. Sie sind nach seiner Meinung durch den hohen Patientendurchlauf und die dadurch gegebenen Fehlermöglichkeiten begründet. Eine ganz andere Erklärung leitet einer der Praktiker aus seiner Tätigkeit als Prüfarzt ab. Dabei habe er nämlich festgestellt, daß in den ihm dort vorgelegten Abrechnungen jeder zweite Arzt solche Fortschreibediagnosen benutzt, um seine Scheine unüberprüfbar zu machen; denn es gelte das Motto: "je mehr Diagnosen der Schein enthält, um so schwerer läßt sich seine Prüfung, d.h. die Entdeckung von zuviel abgerechneten Leistungen, durchführen."

Über die Rechtfertigung von Labordiagnostik gehen die Meinungen der befragten Ärzte auseinander. Ein Arzt nimmt hierzu nicht Stellung. Zwei der Befragten sprechen sich für übergreifende Diagnosen als probates Mittel zur Rechtfertigung aus. Dabei verstehen sie unter "übergreifenden Diagnosen" Krankheitsbezeichnungen, die unter Berücksichtigung von Ätiologie, Pathologie und Klinik einen Krankheitszustand eines Patienten eindeutig darstellen. Diese Diagnosen beinhalten für den Arzt die selbstverständliche Durchführung von bestimmten diagnostischen und therapeutischen Maßnahmen. Zwei weitere Ärzte halten dagegen die "Labordiagnose" (s.d.) für gut und richtig. Die übrigen 5 Allgemeinmediziner beurteilen die Frage differenzierter. Sie halten alle die übergreifende Diagnose für gut, aber sprechen sich in Einzelfällen für Labordiagnosen aus. Die einhellige Meinung ist, daß Labordiagnosen bei sparsamem Gebrauch für gerechtfertigte Fälle der übergreifenden Diagnose überlegen sind. Dies besonders dann, wenn pathologische Parameter gefunden werden.

Alle befragten Allgemeinmediziner geben an, auf den Kassenschein vorwiegend Abschlußdiagnosen zu schreiben. Einer fügt hinzu, gelegentlich gern einen medizinischen Status des Patienten auf dem Kassenschein zu dokumentieren. Ein anderer Arzt schreibt in Einzelfällen Verdachtsdiagnosen in die Diagnoserubrik des Scheines, wenn, wie er sagt, die diagnostischen Grenzen der niedergelassenen Praxis erreicht sind. Die Patientenkarteien enthalten bei allen Ärzten erheblich über die Diagnose hinausgehende Informationen.

2 der 10 Praktiker überlassen die Umschreibung sämtlicher in ihrer Praxis erbrachten Leistungen in BMÄ-Ziffern ihren Mitarbeiterinnen. Dies geschieht in beiden Fällen noch am Tag der Behandlung, allerdings werden bei einem der beiden Ärzte die Leistungen einer Erstuntersuchung von ihm selbst auf den Kassenschein eingetragen. 4 weitere Ärzte übertragen nur die von ihnen persönlich erbrachten Leistungen in

BMÄ-Ziffern, wohingegen die Maßnahmen der Röntgendiagnostik, der physikalischen Therapie oder der Labordiagnostik von den jeweils verantwortlichen Assistentinnen oder der Arzthelferin täglich auf dem Kassenschein abgerechnet werden. In 3 Praxen überträgt der Arzt alle abzurechnenden Leistungen in der Regel sofort bei der Behandlung in BMÄ-Ziffern. Schließlich ist in einer Praxis die Aufgabe, die BMÄ-Ziffern zu schreiben, in keiner Weise aufgeteilt, sondern wird je nach Gelegenheit entweder vom Arzt selbst oder seinen Helferinnen durchgeführt.

Die Ziffer BMÄ-1 darf nur einmal im Quartal zusammen mit einer Leistungsnummer abgerechnet werden. Von dieser Regelung fühlt sich nur einer der befragten Ärzte nicht betroffen. Ein Prüfarzt sagt uns jedoch, daß seiner Erfahrung nach alle niedergelassenen Ärzte mehr oder weniger von dieser Vorschrift limitiert werden. In der Beurteilung der Sperrklausel gehen die Meinungen bei den befragten Ärzten auseinander. 5 der befragten Ärzte nehmen hierzu keine Stellung. Während zwei Allgemeinmediziner der Regelung neutral gegenüberstehen und den BMÄ als sich ausgleichenden "Gemischtwarenladen" bezeichnen, sehen drei der Praktiker die Sperrklausel als eine unverständliche Ungerechtigkeit an, die besonders die Allgemeinärzte betrifft.

3. Themenkreis: zur kassenärztlichen Routine

Die Hälfte der befragten Praktiker hält die vorliegenden BMÄ-Ziffern für mehr oder weniger ungeeignet, die ärztlichen Leistungen gerecht zu beziffern. Als Gründe für diese Einschätzung werden von den Praktikern hauptsächlich die Überbewertung der Sonderleistungen im Verhältnis zu den Grundleistungen genannt. Dabei sind unter Sonderleistungen die überwiegend von den Fachärzten durchgeführten apparativen Leistungen zu verstehen, während unter Grundleistungen die vorzugsweise bei den Praktikern hochbesetzten Ziffern für die ihrer Meinung nach "wirklich ärztlichen Lei-

stungen" wie Beratung, Untersuchung und Hausbesuch verstanden werden. Einen weiteren Kritikpunkt sieht einer dieser Praktiker in der Unterschiedlichkeit des bei der Prüfung der Abrechnung zugrunde gelegten Fallwertdurchschnittes. So hält er z.B. den den Internisten zugestandenen höheren Fallwertdurchschnitt für eine Benachteiligung der Praktiker, da letztere bei der Abrechnung der gleichen Leistungen sehr bald im überdurchschnittlichen Bereich liegen, während erstere mit Sicherheit noch keinen "Ärger" bekommen. 2 dieser Ärzte machen darüber hinaus Verbesserungsvorschläge, wobei der eine auf das Fehlen einer jeweils eigenständigen Ziffer für Rezeptausstellung zum einen und eine wirkliche ärztliche Beratung zum anderen hinweist, während der andere Arzt sich eine Aufspaltung der bestehenden Ziffer "1" für die Rezeptausstellung und für eine umfangreiche Beratung wünscht.

Die andere Hälfte der Praktiker ist im großen und ganzen mit dem bestehenden BMÄ zufrieden. Während einer dieser Ärzte seine Zufriedenheit noch durch seine Freude über die Einführung der Nummer 804 zur Abrechnung eines längeren ärztlichen Gesprächs unterstreicht, ergänzen die anderen ihre Stellungnahmen jedoch durch Einschränkungen und Verbesserungsvorschläge. Diese reichen von der Meinung, daß grundsätzlich nicht alle ärztlichen Leistungen mit Ziffern zu bewerten seien, über die Forderung nach Anhebung der Vergütung von Hausbesuchen und der Grundleistungen speziell für Praktiker bis hin zur Kritik an der Arzneimittelverordnungsbeschränkung. Kritisiert wird auch die vergleichende Prüfung der Abrechnungen innerhalb einer Arztgruppe anhand der Fallwertdurchschnitte verbunden mit dem Wunsch nach stärkerer Berücksichtigung von Praxisbesonderheiten bei der Bewertung der Abrechnung. 3 dieser Ärzte sprachen sich gegen die an anderer Stelle vorgeschlagene Aufspaltung der Nummer 1 in zwei eigenständige Nummern für Rezeptausstellung und Beratung aus. Entweder weil dies zu einer Verringerung der Vergütung durch die mit Sicherheit später

folgende Streichung der höher bezahlten Ziffer führen werde oder weil eine weitere Aufsplitterung des BMÄ nur unnötigen Anreiz zur Manipulation bei der Verwendung dieser Ziffern geben werde.

Überwiegend sind die befragten Praktiker der Ansicht, daß es in der ambulanten Medizin gegenwärtig bei einigen Ärzten eine Überdiagnostik besonders im Laborbereich gibt. Dabei wird uns eine Reihe von Ansichten und Erklärungsversuchen vorgetragen, die die Vielschichtigkeit dieser Problematik beleuchten. Ein Arzt sagt, daß seiner Ansicht nach hier handfeste monetäre Interessen im Vordergrund stehen, besonders da einige Ärzte nach Anschaffung von immens teuren Diagnostikcomputern im Zwang zur Amortisation dieser Geräte stehen. Ein anderer Allgemeinmediziner hält dagegen, daß durch besondere Bewertung der mechanisch erbrachten Leistungen (geringere Bezahlung bei Kennzeichnung mit einem spezifischen Buchstaben) die "mechanische Medizin" auch nicht viel teurer sei als die "von Hand". Ein weiterer Arzt hat die Befürchtung, daß Auswüchse bei einigen wenigen Ärzten den gesamten Berufsstand in Mißkredit bringen und eventuell Anlaß zu schwerwiegenden politischen Entscheidungen gegen den Arzt als Freiberufler sein könnten. Ein auch in der Labormedizin tätiger Arzt hält ein breites Spektrum von Parametern in der Hand des Arztes für medizinisch nützlich. Er glaubt, daß durch eine Neuregelung der Kostenübernahme von computererbrachten Analysen Mißverständnisse beseitigt werden können. Weitere kritische Anmerkungen zur Überdiagnostik sind ein Hinweis auf das ungünstige Kosten/Nutzen-Verhältnis der Laboratoriumsmedizin sowie die Befürchtung, es könne zu einer Flut von klinisch gesunden "Laborkranken" kommen.

Die Mehrzahl der befragten Ärzte wird gelegentlich von Patienten um einen "Check" gebeten, ohne daß Beschwerden angegeben werden. Diese Bitte erzeugt bei den Ärzten

"Unwohlsein", weil eine ärztliche Handlung ohne Krankheit von der Kasse nicht bezahlt wird, aber ein Patientenwunsch nicht ohne weiteres abgelehnt werden kann. Für die immer häufiger beobachtete Äußerung dieses Wunsches werden vor allem verschiedene Medien, aber auch Publikationen der Krankenkassen selbst verantwortlich gemacht. Die Reaktionen der Ärzte sind auf solche Bitten von Patienten zurückhaltend. Durch Beratungen oder diagnostische Minimalprogramme werden möglichst nicht aufwendige Maßnahmen ergriffen. Es ist den Ärzten wichtig abzuklären, ob nicht doch körperliche Beschwerden, die der Patient sich oder dem Arzt nicht eingestehen will, Ursache für das beschriebene Verhalten sind.

Zum Thema der "engeren Schweigepflicht" hörten wir sehr differenzierte Meinungen. 3 Allgemeinärzte sind bemüht, sowohl auf der AU-Bescheinigung als auch auf den Kassenscheinen peinliche Erkrankungen oder Malignomerkrankungen zu verschweigen, obwohl sie wissen, daß alle Personen bei den verschiedenen Adressaten der Schweigepflicht unterliegen. Dies erscheint diesen 3 Ärzten aber zu unsicher. Ein anderer Arzt verfährt ebenso, allerdings nur für die AU-Bescheinigungen. Zwei weitere Ärzte umschreiben die oben genannten Erkrankungen auf AU-Formularen so, daß nur Ärzte deren Bedeutung verstehen. Ein anderer Arzt hält die Schweigepflicht für eminent wichtig, sieht sie aber durch Datenschutzgesetzgebung, die ein Herausgeben von Diagnosen auf Verlangen des Patienten vorsieht, als derart durchlöchert an, daß man sie nicht mehr anwenden brauche. Die 3 übrigen Ärzte schließlich geben an, alle Diagnosen sowohl auf AU als auch auf Krankenschein vorbehaltlos zu dokumentieren. Mehrmals wurden wir von Ärzten, die eine strengere Schweigepflicht für nötig halten, darauf hingewiesen, daß besonders bei Betriebskrankenkassen in bezug auf den Schutz von persönlichen Daten der den Kassenbeamten oft bekannten Versicherten "katastrophale Verhältnisse" bestehen würden.

Nach den Ergebnissen unserer Befragung gibt es drei Hauptgründe für Überweisungen: medizinische Indikationen im weitesten Sinne,"Überweisung auf Verlangen der Patienten" und ein gestörtes Arzt-Patienten-Verhältnis. Die erste Gruppe von Überweisungen wird von allen Ärzten mehr oder weniger häufig ausgestellt. Die meisten befragten Praktiker geben jedoch an, auch nicht medizinisch indizierte Überweisungen auszustellen, wobei die Zahlenangaben zwischen 1 - 2 pro Quartal bis 10 % aller Überweisungen schwanken. Hier ist für die meisten Ärzte besonders ärgerlich, daß mehr und mehr Patienten an von Praktikern behandelbaren Erkrankungen leiden, aber eine Überweisung fordern, weil "man" eben "seinen z.B. Orthopäden" hat. Hier sehen viele der befragten Ärzte Auswüchse des Systems der freien Arztwahl, unterstützt durch Massenmedien, die seit Jahren an diesem Anspruchsdenken basteln.

C. 3.2 Zusammenfassung der Meinungen von Internisten

Erster Themenkreis: die AU-Bescheinigung

Von den 10 Internisten halten 8 die Rubrik "Befund" für nicht sinnvoll. Alle diese 8 Ärzte sind der Ansicht, daß niemand in der Kasse etwas mit dem Befund anfangen kann. Zusätzlich ergeben sich für diese negative Beurteilung der Rubrik "Befund" die Meinungen, daß die Diagnose als medizinische Information ausreichend ist, daß für eine exakte Befundung zuwenig Raum auf dem Formular vorgesehen ist und daß die Befundschreibung eine überflüssige Bürokratisierung und unnötigen Arbeitsaufwand im ärztlichen Alltag darstellt. Eingeschränkt wird diese ablehnende Haltung gegenüber der Befunddokumentation jedoch für die Fälle, in denen eine AU ungewöhnlich lange dauert, oft verlängert wird oder eine zunächst sehr weit gefaßte Diagnose gestellt wurde. Allerdings besteht auch bei den Ärzten mit ablehnender Haltung die Meinung, daß eine Befundschreibung auf der AU-Bescheinigung die Arbeit des Vertrauensarztes erleichtern könnte.

Zwei der befragten Internisten halten die Rubrik "Befund" für sinnvoll, weil durch sie die Kasse und vor allem der Vertrauensarzt über die Erkrankung des Patienten informiert werden.

Neben diesen 2 Ärzten füllen jedoch auch 7 der 8 anderen befragten Internisten die Rubrik "Befund" auf der AU-Bescheinigung aus, um der Verpflichtung nach den bestehenden Verträgen zu genügen.

Bei mehr als der Hälfte der befragten Internisten haben die Beschwerden der Patienten keinen Einfluß auf die Formulierungen der AU-Befunde. Vielmehr sind sie der Meinung, daß, falls sie einen Befund schreiben, dieser von ihnen möglichst objektiv und losgelöst von den Klagen der Patienten erhoben und dokumentiert werden sollte. Ein weiterer Arzt ergänzt seinen medizinischen Befund durch die Aussagen des Patienten, um einen umfassenden Eindruck von der Erkrankung zu vermitteln. Die verbleibenden drei Internisten berücksichtigen in hohem Maße die subjektiven Beschwerden der Patienten bei der Befundformulierung, denn zum einen lassen sich ihrer Meinung nach diese nicht immer gleich bei der ersten Untersuchung hinreichend objektivieren und zum anderen bringen sie ihren Patienten ein solches Maß an Vertrauen entgegen, daß deren Beschwerdenschilderungen die Ausstellung einer AU rechtfertigen.

Die befragten Internisten zeigen ein breites Spektrum von Verhaltensweisen bei der Handhabung der Verlängerung der AU. So wird bei knapp der Hälfte der Internisten die Erstbescheinigung bis auf seltene Ausnahmen (z.B. extrem lange Dauer der AU) bei einer Verlängerung einfach abgeschrieben. Bei einem weiteren Teil wird bei jeweils gleichlautender Diagnose auf der Verlängerungsbescheinigung durch einen wechselnden Befund ein Hinweis zum Verlauf der AU gegeben. Nur ein Internist stellt eine AU-Verlängerung ausschließlich nach einer Neuuntersuchung aus.

Ein Arzt macht es vom Patienten und von der Erkrankung abhängig, welches der drei oben genannten Verlängerungsgebaren er anwendet. Bei der Frage der Terminierung der AU geben 8 Ärzte keine pauschale Antwort, die zwei anderen zeigen aber gegensätzliche Auffassungen. Der eine terminiert sehr kurz, um die Patienten genügend oft kontrollieren zu können, der andere terminiert so lange, daß nur in den wenigsten Fällen eine Verlängerung notwendig wird.

Zur Frage der Befundschreibung werden divergierende Auffassungen dargelegt. Für die Hälfte der befragten Internisten hat die Art und Schwere der Erkrankung keinen Einfluß auf ihre Meinung darüber, ob sich ein Befund erübrigt oder nicht. Von den übrigen Befragten halten 4 einen Befund eher bei schweren Erkrankungen für überflüssig, da es sich in diesen Fällen im allgemeinen um präzise Diagnosen mit klar umschriebenem Krankheitsbild handelt. Ein Internist schließlich vertritt die Ansicht, daß sich Befunde eher bei allgemeinbekannten banalen Erkrankungen erübrigen, wohingegen eine schwere Erkrankung der ausführlichen Erläuterung bedarf. Die Diagnosen bzw. deren medizinischer Gehalt auf AU und Krankenschein sind bei der Hälfte der befragten Ärzte praktisch identisch. 2 weitere Ärzte füllen den Krankenschein ausführlicher aus, so daß dort z.B. Laborwerte aufgeführt werden. Bei 2 anderen Internisten werden die Angaben auf der AU bewußt vereinfacht, da ihrer Ansicht nach medizinische Laien diese lesen und verstehen müssen. Bei diesen 2 Ärzten sind die Diagnosen auf den Kassenscheinen wissenschaftlicher abgefaßt.

Ein weiterer Arzt füllt die AU in der Regel ausführlicher als den KS aus, da er dem Leser die Notwendigkeit einer Arbeitsunterbrechung wegen der Erkrankung deutlich machen will. Mehr als die Hälfte der Internisten schätzt den Sachverstand der Adressaten gleich ein, zumal den Kassen auch Ärzte beratend zur Verfügung stehen. Von den anderen sind drei der befragten Ärzte der Ansicht, daß in den Kas-

sen eher medizinische Laien als Adressaten zu erwarten sind, die nicht so gut über medizinische Dinge informiert sind wie die KV-Angestellten. Ein Arzt schließlich hat sich über die Qualitäten der Adressaten keine Gedanken gemacht, er ist vielmehr der Ansicht, eine gute Diagnose müsse ausreichen und sollte unabhängig von Gedanken an den Adressaten formuliert werden.

Zweiter Themenkreis: Der Krankenschein

Alle befragten Internisten schreiben alle Diagnosen, wegen derer die Patienten entweder während des Quartals behandelt werden oder ein Medikament verordnet bekommen, auf den Kassenschein. Zur Vereinfachung dieser Arbeit hat die Hälfte der befragten Ärzte in ihren Praxen sogenannte Dauerdiagnosen eingeführt. Unter diesen Diagnosen werden Patienten geführt, bei denen chronische und ständig behandlungs- bzw. medikationsbedürftige Erkrankungen vorliegen. Diese Diagnosen werden auf der Karteikarte der jeweiligen Patienten gekennzeichnet und von den Helferinnen beim ersten Praxiskontakt im Quartal grundsätzlich auf den Schein geschrieben.

Zur Frage "Wer schreibt die Diagnosen auf den Kassenschein?" erhielten wir unterschiedliche Antworten. In 3 Praxen übernehmen diese Aufgabe die Helferinnen, die täglich die Diagnosen aus den Karteikarten der Patienten übertragen. In einer Praxis geschieht die Diagnoseschreibung täglich entweder von der Helferin oder vom Arzt selbst. Die übrigen 6 Internisten bemühen sich, die Diagnosen selbst auf die Kassenscheine einzutragen. Einer tut dies täglich, drei am Ende des Quartals. Bei 2 Ärzten wird der größere Teil der Diagnosen täglich in die Scheine eingetragen, während ein weiterer Teil erst am Ende des Quartals nachgetragen wird.

Fast alle befragten Internisten kennen die von uns als Fortschreibediagnosen bezeichneten Eintragungen auf dem Kassenschein. Einer dieser Ärzte räumt ein, das Vorkommen

solcher Diagnosen auch für Kassenscheine aus seiner Praxis nicht aussschließen zu können. Übereinstimmend sehen die Internisten als Ursache oder Erklärung für Fortschreibediagnosen eine schlechte Überwachung oder Führung des Praxishilfspersonals bei der Übertragung von Dauerdiagnosen aus den Karteikarten auf die jeweils neuen Kassenscheine, wie es ja in vielen Praxen organisiert ist. Eine unzureichende Kennzeichnung der chronischen, mit Sicherheit im nächsten Quartal eine Behandlung erfordernden Diagnosen durch den Arzt oder auch eine schematische Übernahme aller Diagnosen durch das in aller Regel nicht zur Auswahl chronischer Erkrankungen aus der Gesamtheit der Diagnosen fähige Praxishilfspersonal ermöglicht dann das Vorkommen solcher Fortschreibediagnosen.

Mehr als die Hälfte der befragten Internisten sagt aus, daß die Rechtfertigung ihrer (labor-)diagnostischen Leistungen gegenüber der KV sehr wohl durch umfassende, weitgespannte Diagnosen zu erreichen und eine Benennung jedes einzelnen Parameters nicht nötig sei. Unter diesen sieben befindet sich auch ein ehemaliger Prüfarzt, der dieses Verfahren als korrekt und ausreichend und auch als überwiegend praktiziert bezeichnet. Die drei übrigen Ärzte benutzen Diagnosen, wie wir sie unter dem Begriff "Labordiagnosen" (s.d.) gefaßt hatten. Während einer dieser Ärzte so seine medizinischen Überlegungen besser darlegen will, benutzen die anderen zwei Internisten diese Diagnosen nur, um weniger Angriffsfläche für evtl. Prüfungen zu bieten.

Sehr einheitlich beantworten die zehn Internisten die Frage nach dem Verhältnis von Diagnosen auf Kassenscheinen zu Aufzeichnungen in den Patientenkarteien. Alle Ärzte sind bemüht, auf den Kassenscheinen nur Abschlußdiagnosen niederzuschreiben. Nur im Ausnahmefall erscheint auf dem Kassenschein eine Verdachtsdiagnose. Die Patientendateien enthalten hingegen eine Fülle von Befunden, Ergebnissen, Überlegungen und Verdachtsdiagnosen.

Mehr als die Hälfte der 10 Internisten überläßt die Umschreibung sowohl der in der eigenen Praxis erbrachten oder der auf Veranlassung anderen Ortes durchgeführten Leistungen in BMÄ-Nummern dem Praxishilfspersonal. Einschränkend fügt einer dieser 6 hinzu, daß er die Abrechnung der Laborleistungen jedoch selber vornehme, um aus dem vom Autoanalizer gelieferten Smac nur die wichtigsten, unbedingt nötigen herauszusuchen und abzurechnen. Die Hälfte dieser Ärzte weist darauf hin, daß sie selbst oder die Ehefrau die vom Hilfspersonal erbrachten Umschreibungen auf Richtigkeit und Vollständigkeit überprüfen.

Die anderen 4 Internisten überlassen nur die Umschreibung der von ihnen nicht selbst erbrachten Leistungen wie Röntgen, physikalische Therapie oder Laborleistungen den Helferinnen oder den jeweils zuständigen Assistentinnen, während sie die persönlich durchgeführten Handlungen meist gleich nach Abschluß der Behandlung selbst in BMÄ-Nummern und auf den Kassenschein übertragen. Auch hier weist einer der vier auf die Notwendigkeit einer Kontrolle der Umschreibung auf Richtigkeit und Vollständigkeit hin.

3 der befragten Ärzte verneinen, eine über die Beratung hinausgehende Leistung mit einer "1" abzurechnen, so daß sie hier keine Probleme mit dem BMÄ haben. Die übrigen 7 geben jedoch an, mehr oder weniger von der "Sperrklausel", nämlich eine 1 nur einmal im Quartal zusammen mit einer Leistungsnummer abrechnen zu dürfen, betroffen zu sein. Die Bewertung dieser Vertragsklausel geht allerdings von "nicht schlimm" über "ärgerlich" bis "ungerecht und unlogisch" auseinander.

Dritter Themenkreis: Zur kassenärztlichen Routine

4 der befragten Internisten beginnen ihre Antworten zunächst einmal mit der Feststellung, im großen und ganzen mit dem vorliegenden BMÄ zufrieden zu sein. Danach folgen

bei diesen 4 Ärzten ebenso wie bei den anderen 6 befragten Internisten, eine ganze Reihe von Kritikpunkten und Verbesserungsvorschlägen. Diese lassen sich in 2 Gruppen einteilen.

Zum einen bemängeln 6 der 10 Ärzte das Fehlen einer Abrechnungsnummer für ein längeres, eingehendes therapeutisches Gespräch. Die im Moment zur Verfügung stehende Ziffer "1" für eine Beratung halten sie aufgrund des mit einem solchen Gespräch verknüpften großen persönlichen Engagements und Zeiteinsatzes für zu gering. Eine mögliche Lösung dieses Problems sehen einige Internisten in der Aufspaltung der bestehenden Nummer "1" in eine eigenständige Nummer für kurze routinemäßige Vorgänge wie eine Rezeptausstellung und in eine höher bewertete Nummer für eben ein solches Gespräch. Der größere Teil schlägt jedoch die Einführung einer eigenen, neuen und höher als die bisherige "1" bewerteten Nummer für ein die Leistungen einer eingehenden körperlichen Untersuchung sicherlich übersteigendes, weil sehr viel Einfühlungsvermögen erforderndes, Gespräch vor.

Zum anderen sprechen sich 3 der 10 Internisten für die Beibehaltung der bestehenden Nummer 1 aus, da sie den bei einem längeren Gespräch entstehenden größeren Aufwand durch den bei kurzen routinemäßigen Handlungen wie einer Rezeptausstellung notwendigen geringeren Aufwand ausgeglichen sehen. Die Aufspaltung der Nummer 1 in eine niedriger bewertete für Rezeptausstellung und eine höher bewertete Nummer für Beratung würde diesen Ausgleich verhindern und ist daher nicht im Interesse dieser Ärzte.

Viele der befragten Internisten scheuen sich, für ein längeres therapeutisches Gespräch die Nummer 804 in Abrechnung zu stellen. Dies begründen sie damit, daß sie nicht psychotherapeutisch ausgebildet sind und die Abrechnung dieser Nummer, die ja für ein psychotherapeutisches Ge-

spräch steht, eine Vorspiegelung falscher Tatsachen bedeuten würde. Einige Ärzte schließlich bemängeln den BMÄ wegen des Fehlens einiger spezieller Leistungsnummern. Hier halten andere jedoch entgegen, daß der BMÄ ja 2jährig überarbeitet wird und so neue Entwicklungen etwa der Medizintechnik einfließen.

Allen von uns befragten Internisten ist der Vorwurf der Überdiagnostik bekannt. 4 dieser Ärzte wollen ihn jedoch nicht gelten lassen.

Deren Argumente sind, daß die Labordiagnostik ein für den Arzt sehr wichtiges Instrument zum Erkennen der Krankheit ist, was besonders auch in bezug auf Präventivmedizin eine zunehmende Bedeutung erlangt. Die anderen Ärzte meinen hingegen, daß sicherlich in Einzelfällen gelegentlich die Labordiagnostik übertrieben wird. Hier geben viele Ärzte aber nicht zuletzt den Kassen und den Medien die Schuld, da das Problem der Überdiagnostik aus einem wachsenden Anspruchsdenken der Patienten entspringe, die, wie sie ihr Auto in die Inspektion bringen, auch für sich selbst immer häufiger eine Durchsuchung ohne konkrete Beschwerdenangabe fordern. Auch mit dieser Problematik sind alle befragten Ärzte vertraut. Hier ergibt sich für jeden einzelnen ein Zwist zwischen dem Wirtschaftlichkeitsgebot der Krankenkassen auf der einen Seite und der Erfahrung, daß oft eben doch eine Beschwerde hinter dem Wunsch nach einem "Check" steckt. Dieses Problem lösen alle Ärzte mehr oder weniger durch Kompromisse zwischen gewünschter Komplettuntersuchung und erlaubter Beratung. Im übrigen sprach sich die überwiegende Mehrzahl der Ärzte dafür aus, einen solchen "Check" zumindest anteilmäßig von Patienten privat bezahlen zu lassen, um der Mehrleistung auch eine Mehrbelastung entgegenzusetzen.

7 der 10 befragten Internisten dehnen ihre ärztliche Schweigepflicht für bestimmte Diagnosen ihrer Patienten

auch auf die AU-Bescheinigung und auf den Kassenschein aus. Diese für ihre Patienten peinlichen und - in falschen Händen - sogar gefährlichen Diagnosen beschreiben vor allem Suchterkrankungen sowie venerische und psychische Erkrankungen. Die Handhabung der Ausdehnung der Schweigepflicht ist in dieser Gruppe von Ärzten unterschiedlich. 4 der 7 Internisten lassen die oben beschriebenen Diagnosen, falls sie eine Gefährdung ihres Patienten befürchten, ganz weg. Dabei macht einer von ihnen keinen Unterschied zwischen AU-Bescheinigung und Kassenschein, weil er grundsätzlich um eine strenge Einhaltung der ärztlichen Schweigepflicht bemüht ist, die ja schließlich zum Schutze des Patienten gedacht sei. Die drei anderen hingegen verschweigen solche peinlichen Diagnosen hauptsächlich auf den AU-Bescheinigungen und hier speziell auf solchen für Betriebskrankenkassen, da sie dort aufgrund der relativen Überschaubarkeit des Personenkreises und der großen Wahrscheinlichkeit von Querverbindungen zwischen Kassenangestellten und Patienten einen besonderen Schutz ihrer Patienten für nötig halten. Auf den Kassenscheinen werden von diesen Ärzten keine Diagnosen verschwiegen, weil bei den KVen im Gegensatz zu den Krankenkassen kein Patientenverkehr stattfindet und somit die Notwendigkeit eines besonderen Schutzes nicht so sehr besteht. Zugleich wird auch der Notwendigkeit der Rechtfertigung von Therapie und Medikation Rechnung getragen. 3 der 7 Ärzte verschweigen für die Patienten peinliche Diagnosen zwar nicht vollständig, versuchen aber, durch Umschreibung oder Übersetzung ins Lateinische die Diagnosen so zu verändern, daß sie nicht gleich von jedem Laien den tatsächlichen Erkrankungen zugeordnet werden können. Während zwei der drei Ärzte diese Umschreibungen für AU-Bescheinigungen und Kassenscheine benutzen, beschränkt der dritte dieses Verfahren auf die AU-Bescheinigung, weil er vor allem bei deren Adressaten Nicht-Ärzte erwartet. 3 der 10 befragten Ärzte sehen keine Notwendigkeit für die Ausdehnung ihrer Schweigepflicht auf die Diagnosen für AU und Kassenschein, weil sie die Verschwiegenheit im Umgang mit Patientendia-

gnosen auch in der Krankenkasse und der KV für gesichert erachten und die Kasse als Geldgeber ein Recht darauf habe, umfassend informiert zu sein. 2 der 3 Internisten betonen sogar die Notwendigkeit, den Alkoholismus, der von der obigen Gruppe der Ärzte ja oft verschwiegen oder zumindest umschrieben wird, zur Dokumentation der erschreckenden Ausbreitung dieser Erkrankung niederzuschreiben.

Die Hälfte der Internisten gibt an, außer in den Fällen, in denen sie eine Überweisung aus medizinischer Indikation für berechtigt halten oder selbst veranlassen, auch dann dem Wunsch ihrer Patienten nach einer Überweisung ohne Zögern nachzukommen, wenn sie diese bei anderen Ärzten durchzuführende Behandlung auch selber vornehmen könnten. 2 dieser Ärzte sagen dies dann auch dem Patienten, bevor sie die Überweisung ausstellen. Die 3 anderen geben der fordernden Haltung der Patienten aus den verschiedensten Gründen ohne ein weiteres Gespräch nach. Die einzige Einschränkung machen 2 der 5 Ärzte jedoch bei dem Wunsch eines Patienten nach Überweisung in die Universitätskliniken oder eine andere Spezialklinik, dem sie nur dann nachkommen, wenn eine strenge medizinische Indikation besteht, d.h. in der niedergelassenen Praxis diese Erkrankung nicht optimal zu behandeln ist.

Einer der 10 Ärzte beklagt ebenfalls die fordernde Haltung vieler Patienten nach einer Überweisung. Er versucht aber, dieses Verhalten zu beeinflussen, indem er auf die durch die vielen Ärzte entstehenden hohen Kosten hinweist. Dies bleibt jedoch meist unbeachtet. 2 weitere Internisten bezeichnen es als Hobby mancher Patienten, pro Quartal eine größere Anzahl von Ärzten aufgesucht bzw. Überweisungen gesammelt zu haben. Eine Kontrolle und Eindämmung dieses ihrer Meinung nach aus medizinischen Gründen nicht gerechtfertigten fordernden Verhaltens ist ihnen jedoch nicht möglich. Für die 2 verbleibenden Internisten gibt es außer aus medizinischer Notwendigkeit keinen Grund, eine Überweisung

auszustellen. Während nämlich der eine den Wunsch seiner Patienten nach einer Überweisung unterstützt, weil er die freie Arztwahl für ein wichtiges und notwendiges Prinzip unserer ärztlichen Versorgung hält (ausgenommen eine Überweisung an die Universitätsklinik), pflegt der andere ein so gutes Vertrauensverhältnis mit seinen Patienten, daß keine Überweisung ohne medizinische Indikation nötig wird.

Zum Ende unserer Gespräche haben wir die Internisten gebeten, eine Einschätzung ihrer Tätigkeit zwischen Haus- und Facharzt vorzunehmen. Dabei ergibt sich, daß nur einer der Internisten einer Hausarztfunktion mit Hausbesuchen und Behandlung banaler Erkrankungen ablehnend gegenübersteht und sich als Facharzt verstanden sehen will. Die anderen Internisten betätigen sich mehr oder weniger in einem "Zwischenfeld", das sie selbst u.a. mit "Edelpraktiker", "moderner Hausarzt" oder "Zwitter" bezeichnen. Besonders unter dem Eindruck des Allgemeinarztmangels haben alle diese Ärzte, allerdings in unterschiedlichem Umfang, die Aufgaben von Hausärzten mit langjähriger Betreuung ganzer Familien und Hausbesuchen übernommen. Sie lassen es sich jedoch nicht nehmen, die "internistischen Rosinen" herauszupicken, wie es stellvertretend einer formuliert.

C. 3.3 Vergleichende Zusammenfassung

Im folgenden sollen die Ergebnisse der Auswertung der Protokolle unter Berücksichtigung der Fragestellung der Ärztebefragung und insbesondere im Vergleich zwischen den Aussagen von Praktikern und Internisten zusammengefaßt werden. Hierbei ergibt sich die Gliederung wieder aus der Reihenfolge der Fragen des Fragebogens.

Die überwiegende Zahl der befragten Ärzte hält die Dokumentation eines Befundes auf dem AU-Formular für nicht sinnvoll, vor allem weil sie sich dessen Zweck und Nützlichkeit nicht vorstellen kann. Diejenigen Ärzte, die jedoch

eine Befundschreibung befürworten, denken in erster Linie daran, den Vertrauensarzt zu unterstützen sowie die Kasse als Leistungsträger umfassend zu informieren. Von den die Befunddokumentation befürwortenden Ärzten sind die überwiegende Zahl Allgemeinärzte.

Ohne Unterschied werden in beiden Arztgruppen von der Mehrzahl der Ärzte die Formulierungen der Beschwerden der Patienten für das Ausfüllen der AU nicht berücksichtigt. Die Minderheit der Ärzte dagegen berücksichtigt die subjektiven Beschwerden der Patienten in hohem Maße bei der Ausstellung einer AU-Bescheinigung, da die meisten dieser Beschwerden, zunächst zumindest, nicht objektivierbar sind.

Hier ist anzumerken, daß nach Lehrbuchmeinung der objektive Befund und die Anamnese gleichwertige Zugänge zur Erkrankung des Patienten sind. Aus den Interviews entnehmen wir jedoch, daß die in der Anamnese geschilderten Beschwerden gegenüber den objektiven Befunden in den Hintergrund getreten sind.

Bei der Auswertung der Frage nach der Handhabung der Verlängerung der AU zeigt sich, daß, unabhängig von den Fachgruppen, nur 10 % der Ärzte vor einer Verlängerung eine Neuuntersuchung vornehmen. Dieses Ergebnis muß vor dem Hintergrund gesehen werden, daß vor der Einführung des Lohnfortzahlungsgesetzes die überwiegende Anzahl der arbeitsunfähig Kranken zu einer Untersuchung zum Vertrauensarzt vorgeladen wurde. Viele der Patienten nahmen die Arbeit wieder auf, ohne vertrauensärztlich untersucht worden zu sein, aber etwa die Hälfte aller arbeitsunfähig Kranken wurde vertrauensärztlich untersucht (14). Die anderen Ärzte sagen uns, daß sie bei AU-Verlängerungen Diagnosen und Befunde in der Regel übernehmen, da sich bis auf Ausnahmen Erkrankungen nur unerheblich ändern. Die Hälfte dieser Ärzte gibt zur Information der Kasse auf dem AU-Formular Hinweise zum Verlauf der AU.

Die Art und Ausführlichkeit der Befundausstellung geschieht bei 12 Ärzten unabhängig von der Art der Erkrankung. Die übrigen Ärzte berücksichtigen die Erkrankung sehr wohl bei der Entscheidung zur Befundausstellung, wobei der eine Teil einen Befund eher bei schweren Erkrankungen und der andere eher bei banalen Erkrankungen für sinnvoll hält.

Unsere Vermutung, daß eine unterschiedliche Ausführlichkeit und Qualität von Diagnosen auf AU und Kassenschein aus dem Bestreben der Ärzte, ihre auf dem Kassenschein abgerechneten Leistungen zu rechtfertigen, entsteht, bestätigt uns die Hälfte der befragten Ärzte. Für die andere Hälfte haben diese Überlegungen keinen Einfluß auf die Diagnoseschreibung auf AU und Kassenschein. Als weiterer Grund für die Verkürzung und Vereinfachung der Diagnosen auf AU-Bescheinigungen ergibt sich, daß 25 % der Ärzte das Kassenpersonal für weniger qualifiziert halten als das KV-Personal. Auch hier zeigt sich kein Unterschied zwischen Praktikern und Internisten.

Im zweiten Themenkreis "Krankenschein" gilt es, erklärende Hinweise für Auffälligkeiten bei den Kassenscheinen zu erhalten, für die wir eine Verzerrung bei der Ausstellung vermuteten.

Alle Ärzte dokumentieren alle Diagnosen, wegen derer die Patienten während des Quartals entweder behandelt werden oder ein Medikament verschrieben bekommen. Dies geschieht, um die während des Quartals angefallenen diagnostischen und therapeutischen Leistungen zu rechtfertigen, wobei die Hälfte der Ärzte zur Erleichterung sogenannte Dauerdiagnosen für chronisch Kranke und dauernd medikationsbedürftige Kranke eingeführt hat. Sowohl bei den Praktikern als auch bei den Internisten werden die akuten Diagnosen in den meisten Fällen von der Ärzten selbst auf die Kassenscheine geschrieben. Weniger häufig werden diese Diagnosen von Helferinnen aus den Karteikarten auf den Schein übertragen.

80 % der befragten Ärzte kennen die von uns gefundenen Fortschreibediagnosen. Praktiker und Internisten in gleicher Zahl schuldigen mangelnde Qualifikation des Praxishilfspersonals und fehlerhafte Büroorganisation für deren Entstehung an. Als weitere Interpretationsmöglichkeit bietet uns ein Arzt an, daß manche Ärzte versuchen, durch große Fülle von Diagnosen ihre Abrechnung unüberprüfbar zu machen.

Nur wenige Ärzte benutzen zu Diagnosen erhobene Laborparameter zur Rechtfertigung ihrer Labordiagnostik. Die überwiegende Zahl der Praktiker und Internisten hält dagegen die Verwendung einer "übergreifenden Diagnose", welche für den Arzt die Durchführung bestimmter diagnostischer und therapeutischer Maßnahmen beinhaltet, für ausreichend und sogar angebracht. Diese Ärzte bewerten das häufige Benutzen der Labordiagnosen durch manche ihrer Kollegen als Ausdruckderen Unsicherheit sowohl in ihrer Diagnostik als auch gegenüber der die Abrechnung prüfenden Stelle.

Bis auf Ausnahmefälle bemühen sich alle Ärzte, auf die Kassenscheine Abschlußdiagnosen zu schreiben. Verdachtsdiagnosen bleiben den an Befunden und Ergebnissen sowie Überlegungen wesentlich reichhaltigeren Karteiblättern vorbehalten.

Aus der Gruppe der Praktiker schreiben 3 Ärzte die BMÄ-Ziffern ausschließlich selbst auf den Kassenschein. In 6 internistischen Praxen wurde diese Aufgabe ausschließlich von den Mitarbeiterinnen wahrgenommen. In den übrigen internistischen und allgemeinmedizinischen Praxen schreiben die Ärzte nur die von ihnen selber erbrachten Leistungen in BMÄ-Nummern um. 4 der Internisten weisen auf die Notwendigkeit hin, die vom Personal eingeschriebenen Leistungen zu kontrollieren.

Unsere während der Dokumentenanalyse entstandene Vermutung, daß vor allem in Allgemeinarztpraxen hinter der Abrechnung der Nummer "1" mehrere erbrachte Leistungen außer der Be-

ratung stehen könnten, bestätigt sich nicht. Dagegen offenbaren die Antworten zu dieser Frage eine bei einem großen Teil der Ärzte verhandene Verärgerung über die bestehende Sperrklausel zwischen der Nummer "1" und anderen Leistungsnummern.

Etwa die Hälfte der befragten Ärzte ist mit dem BMÄ in der bestehenden Form zufrieden. Von diesen wie auch von den anderen Ärzten kommen jedoch kritische Anmerkungen und Verbesserungsvorschläge. In erster Linie sind die Ärzte der Meinung, daß grundlegende ärztliche Leistungen, besonders das therapeutische Gespräch, höher oder neu bewertet werden sollten. Die hierfür in Frage kommende Aufsplitterung der Nummer "1" wird jedoch sehr unterschiedlich bewertet.

Die Praktiker beklagen zudem die Bewertung ihrer Abrechnung nach einem Fallwertdurchschnitt, der weit unter dem der Internisten liegt. Außerdem halten einige Praktiker die apparativen Sonderleistungen für überbewertet.

Die Abrechnung der Nummer 804 wird von einem Teil der Praktiker und Internisten nicht vorgenommen, da sie den in der Definition der Nummer 804 enthaltenen psychotherapeutischen Anspruch nicht glauben erfüllen zu können.

Bei unserem Versuch, durch die Antworten der Ärzte zu einer Frage des dritten Themenkreises die in der Dokumentenanalyse gefundene Labordiagnostik gerecht beurteilen zu können, erhalten wir zusammengefaßt folgende Antworten: 8 Praktiker und 6 Internisten sind der Ansicht, daß es Überdiagnostik besonders im Laborbereich gibt. Diese Meinungen werden durch Befürchtungen über die Folgen einer solchen Überdiagnostik sowie Kritik an deren Anwendung ergänzt. 4 Internisten hingegen sind der Ansicht, daß es Überdiagnostik nicht geben könne, weil die Labordiagnostik ein für den Arzt sehr wichtiges Instrument zur Erkennung der Krankheit ist.

In diesem Zusammenhang berichten uns annähernd alle Ärzte über ein ihrer Ansicht nach hauptsächlich durch Medien und Kassenpublikationen gefördertes Anspruchsdenken der Patienten, die immer öfter eine Durchuntersuchung wünschen, ohne Beschwerden zu haben. Bei diesen "Checks" suchen die Ärzte einen Mittelweg zwischen Patientenwunsch und Wirtschaftlichkeitsgebot. Hier schlagen einige der Ärzte eine Selbstbeteiligung der Patienten an den Kosten vor.

70 % der Praktiker und Internisten dehnen bei für den Patienten peinlichen Erkrankungen ihre Schweigepflicht auf Kassenschein und/oder AU aus. Dies geschieht, indem die betreffenden Diagnosen entweder ganz verschwiegen oder zumindest so umschrieben werden, daß sie für einen Laien nicht gleich verständlich sind. Dieses Verhalten wird häufiger auf der AU angewendet, da die Ärzte besonders bei den Betriebskrankenkassen die Schweigepflicht gefährdet sehen.

Als wichtigste nicht-medizinische Indikation für eine Überweisung geben uns jeweils 8 der Praktiker und Internisten den Wunsch ihrer Patienten an. Dabei beklagen vor allem die Internisten die fordernde Haltung einiger ihrer Patienten. Viele dieser Wunschüberweisungen sind nach Meinung der befragten Ärzte überflüssig, weil die zum Überweisungswunsch führende Erkrankung auch bei diesen Ärzten selbst behandelt werden kann.

Weiterhin erfahren wir von den Internisten, daß sie bis auf einen sehr wohl in der Lage und willens sind, eine Hausarztfunktion auszufüllen. Hier kann als interessanter Zusatzaspekt gewertet werden, daß die befragten Orthopäden Wert darauf legen, daß ihre Patienten einen Hausarzt haben, da sie sich selbst nicht in der Lage sehen, das breite medizinische Spektrum eines Hausarztes auszufüllen. Die von den Orthopäden zu allen anderen Fragen vertretene Meinung deckt sich mit der oben besprochenen der anderen Ärzte, so daß wir darauf in der Auswertung nicht gesondert eingegan-

gen sind.

Wie der Vergleich zeigt, treten unterschiedliche Meinungen und Haltungen zwischen Internisten und Praktikern besonders an zwei Punkten auf. Zum einen erbringen Praktiker bevorzugt medizinische Grundleistungen, während im medizinischen Verständnis der Internisten der Laborparameter einen höheren Stellenwert besitzt. Zum anderen werden bei der Beurteilung des zugestandenen Abrechnungsspielraumes standespolitische Meinungsunterschiede deutlich.

D. DISKUSSION DER ERGEBNISSE DER ÄRZTEBEFRAGUNG MIT DENEN DER DOKUMENTENANALYSE

Im folgenden werden die wichtigsten Ergebnisse der Ärztebefragung mit denen der Dokumentenanalyse zusammengeführt. Dabei soll besonders beachtet werden, welche der gefundenen Ergebnisse sich gegenseitig bestätigen oder widersprechen. Weiterhin wird aufgezeigt, inwieweit sich aus der Dokumentenanalyse ergebende Fragen nach Abschluß der Ärztebefragung beantworten lassen und inwieweit nach Auswertung der Dokumentenanalyse formulierte Vermutungen nach Abschluß der Ärztebefragung verifiziert oder verworfen werden können.

Die Ärztebefragung sollte für die im Kapital "Fragestellung" (C. 1) dargelegten Problemkreise die folgenden Fragen klären:

Für die AU-Bescheinigung:
- warum verzichtet ein Großteil der Ärzte auf eine Befunddokumentation?
- welche Einflüsse wirken auf Art und Ausführlichkeit von AU-Diagnose und Befund?
- wie wird die Ausstellung der Verlängerung gehandhabt?

Für den Kassenschein:
- welche Intentionen und Verzerrungen führen zu denen als "ausführlicher Schein", "Labordiagnosen" und "Fortschreibediagnosen" beschriebenen Auffälligkeiten?
- welche Aussagefähigkeit haben Abrechnungen in Form von "Laborprogrammen", "Therapieprogrammen" und "Allgemeinabrechnungen"?

Zur kassenärztliche Routine:
- gibt es aus der Sicht von niedergelassenen Ärzten in der ambulanten Medizin "Überdiagnostik" auf dem Laborbereich?
- welche Gründe führen zum Verschweigen von Diagnosen auf

GKV-Dokumenten?
- welchen Stellenwert hat die Hausarztfunktion für die verschiedenen niedergelassenen Ärzte?

Für alle diese Fragen und Strukturmerkmale haben wir in der Dokumentenanalyse Antworten und Interpretationen dargelegt. Deren Gegenüberstellung zu den Aussagen der Ärztebefragung ist im folgenden dargestellt.

Die Dokumentenanalyse zeigt, daß unabhängig von der Arztgruppe beinahe die Hälfte der Ärzte den Befund auf der AU-Bescheinigung nicht ausfüllt. Als Erklärung für dieses Verhalten vermuteten wir fehlendes Verständnis der Ärzte für die Notwendigkeit einer Befunddokumentation sowie Zeitmangel durch Arbeitsüberlastung. Darüber hinaus könnte ein mangelnder Zugang zum Beschwerdebild des Patienten, wie es sich neben objektiven Daten besonders aus der persönlichen Vorgeschichte des Kranken ergibt, ein Grund für das gefundene Verhalten sein. Die Ärztebefragung ergibt, daß die überwiegende Zahl der befragten Ärzte die Dokumentation eines Befundes auf dem AU-Formular tatsächlich für nicht sinnvoll hält, vor allem, weil sie sich dessen Zweck und Nützlichkeit nicht vorstellen kann. Die meisten Ärzte sind aber dadurch, daß einige KVen nicht vollständig mit Befund und Diagnose ausgefüllte AU-Bescheinigungen zurückweisen, gezwungen, einen Befund zu schreiben. Die Erfüllung dieser vertraglichen Pflicht führt aber dazu, daß Befunde in den allermeisten Fällen Routineprodukte sind und daher oft nicht sehr gehaltvoll erscheinen.

Wir vermuteten, daß Art und Ausführlichkeit der Dokumentation von Diagnose und Befund auf der AU-Bescheinigung insbesondere im Vergleich zum Krankenschein abhängig sowohl von der Art der Erkrankung des Patienten als auch vom unterschiedlichen Verwendungszweck der beiden Formulare sind. Einen Einfluß der Art der Erkrankung der Patienten auf die Ausführlichkeit der Dokumentation des Befundes vermuteten

wir, weil es sich gezeigt hatte, daß für WS-Erkrankungen häufiger und ausführlicher Befunde dokumentiert wurden. Eine Abhängigkeit vom unterschiedlichen Verwendungszweck der beiden Formulare ergab sich für uns daraus, daß Kurz- und Einwortdiagnosen auf dem Kassenschein erheblich seltener als auf der AU-Bescheinigung zu finden waren.

Die Ärztebefragung zeigt, daß die Art und Ausführlichkeit der Dokumentation von Diagnose und Befund auf der AU-Bescheinigung eher von grundsätzlichen Erwägungen, wie es auch schon oben zum Ausdruck kommt, abhängen. Die Art der Erkrankung des Patienten hat nur einen geringen Einfluß. Dies einschränkend, zeigt sich jedoch, daß bei außergewöhnlich lange dauernden Arbeitsunfähigkeiten die Ärzte bemüht sind, auf der Bescheinigung die zur Beeinträchtigung der Arbeitsfähigkeit führenden Beschwerden hervorzuheben.

Die Hälfte der Ärzte bestätigt uns, daß die Unterschiede in der Ausführlichkeit der Dokumentation von Diagnosen auf AU-Bescheinigungen und Kassenscheinen den Sinn haben, durch eine ausführliche Darstellung der Erkrankung auf dem Kassenschein die abgerechneten Leistungen zu rechtfertigen.

Als Ursache für die mit der Kategorie "banaler Befund" bezeichneten banalen Formulierungen auf der AU-Bescheinigung vermuteten wir Einflüsse von Patientenangaben. Die Ärztebefragung bestätigt diese Vermutung, indem ein Teil der Ärzte solche Einflußnahme nicht ausschließt. Die Mehrheit der befragten Ärzte berücksichtigt jedoch Patientenformulierungen nicht, was mit der nur geringen Vergabe der Kategorie "banaler Befund" korreliert. Als zusätzliche Erklärung für die Entstehung von banalen Diagnosen ergibt sich aus der Ärztebefragung, daß ein Teil der Ärzte das Kassenpersonal für medizinisch weniger qualifiziert hält als das KV-Personal. So wird auch die von uns bei der Dokumentenanalyse in erheblich geringerer Zahl gefundene banale Dia-

gnose auf dem Kassenschein verständlich, wobei das oben beschriebene Bemühen um Rechtfertigung auch nicht außer acht gelassen werden darf.

In der Dokumentananalyse faßten wir mehrere Kategorien als Ausdruck einer Routinisierung bei der Ausstellung von AU-Bescheinigungen zusammen. Eine so beschriebene Standardisierung des AU-Ausstellungsverhaltens besonders bei den AU-Verlängerungen findet sich durch die Aussagen der Ärzte bestätigt. Diese erklären ihr Verhalten mit der in den meisten Fällen vorhandenen Konstanz der zur Verlängerung führenden Diagnosen.

Das mit den Kategorien "ausführlicher Schein" und "Grundleiden" auf den Kassenscheinen gefundene Dokumentationsverhalten faßten wir als Ausdruck eines patientenorientierten Verhaltens der Ärzte zusammen. So vermuteten wir, daß der Arzt mit diesen Informationen umfassend über das aktuelle Krankheitsbild seines Patienten sowie die immer wiederkehrenden Episoden dessen chronischen Leidens informieren will. Als Einschränkung war uns klar, daß die Notwendigkeit der Rechtfertigung von verschriebenen Medikamenten eine umfassende Darstellung der Erkrankung des Patienten erfordert.

Alle diese Vermutungen bestätigen sich in der Befragung. Darüber hinaus wird deutlich, daß viele Ärzte die Diagnosen der Grundleiden ihrer chronisch kranken Patienten auch aus abrechnungstechnischen Gründen zu immer wiederkehrenden Eintragungen auf den Kassenscheinen, sogenannten Dauerdiagnosen, machen.

Auch nach Meinung der Ärzte entstehen die von uns gefundenen Fortschreibediagnosen auf dem Boden von praxisorganisatorischen Mängeln. Die Vermutung, daß auch mangelnde Qualifikation des Praxishilfspersonals die Entstehung solcher Fortschreibediagnosen bedingen kann, wird durch die

Aussage bestätigt, daß in vielen Arztpraxen die Kassenscheine durch das nichtärztliche Personal ausgefüllt werden.

Die Labor- und Verdachtsdiagnosen auf dem Kassenschein bewerten wir als Ausdruck des Bemühens um Rechtfertigung der abgerechneten Leistungen. Die befragten Ärzte bewerten in der Mehrzahl das häufige Benutzen der Labordiagnosen durch manche ihrer Kollegen als Ausdruck von deren Unsicherheit sowohl in ihrer Diagnostik als auch gegenüber der die Abrechnung prüfenden Stelle. Zur Rechtfertigung indizierter Labordiagnostik halten sie die Verwendung von "übergreifenden Diagnosen" für ausreichend und sogar angebracht. Denn für den Mediziner gehören zu einer solchen Diagnose immer bestimmte diagnostische und therapeutische Maßnahmen.

Die Ärztebefragung gibt keinen Anhalt dafür, daß in der Praxis erbrachte Leistungen nicht auf dem Kassenschein abgerechnet werden. Für das mit der Kategorie "Allgemeinabrechnung" beschriebene ärztliche Verhalten bedeutet dies, daß das Leistungsspektrum der betreffenden Ärzte vorwiegend auf dem Gebiet der ärztlichen Grundleistungen liegt. Die Bevorzugung von Diagnostik- und Therapieprogrammen, wie sie in der Dokumentenanalyse das Verhalten von Internisten und Orthopäden charakterisieren, kommt auch in den Antworten der betreffenden Arztgruppen zum Ausdruck.

Die in der Dokumentenanalyse beschriebenen Kategorien "Labordiagnosen" und "Verdachtsdiagnosen" bewerten wir insbesondere im Zusammenhang mit dem Auftreten von Laborprogrammen als Rechtfertigung für "Überdiagnostik". Zwei Ergebnisse der Ärztebefragung sind in diesem Zusammenhang interessant: Zum einen hält die überwiegende Zahl der Ärzte zur Rechtfertigung von berechtigter Labordiagnostik die Verwendung von "übergreifenden Diagnosen" für medizinisch sinnvoll und ausreichend und wertet Labordiagnosen zumindest als

Ausdruck von Unsicherheit bei der zweckmäßigen Anwendung von Labordiagnostik. Zum anderen bemühen sich alle Ärzte, möglichst keine Verdachtsdiagnosen auf den Kassenschein zu schreiben. Daraus kann nur geschlossen werden, daß die von uns gefundene häufige Verwendung von Verdachtsdiagnosen in hohem Maße die von uns interpretierte Aufgabe der Deckung von "Überdiagnostik" zu erfüllen hat.

"Überdiagnostik" gibt es nach Ansicht der meisten Ärzte besonders auf dem Laborsektor, wobei einige Internisten dem entgegenhalten, daß für sie das Labor den wichtigsten Schlüssel zur Erkrankung darstellt.

Für die Beurteilung dieser Aussagen sind folgende Überlegungen und Erläuterungen von Bedeutung: Sicherlich spielen verschiedene Interessenstandpunkte für Praktiker und Internisten bei der Beurteilung der Frage der "Überdiagnostik" eine Rolle. So gilt für die Praktiker, daß ihnen die Abrechnung einer umfangreichen Labordiagnostik aufgrund des ihrer Arztgruppe zugestandenen relativ geringen Fallwertdurchschnittes sehr erschwert ist. Auch die Bemühungen der Praktiker, eine Anhebung der Bewertung der medizinischen Grundleistungen, die traditionell den überwiegenden Teil der Tätigkeit eines praktischen Arztes ausmachen, zu erreichen, sind zu bedenken. Aus diesen Gründen ist eine unvoreingenommene Stellungnahme der Praktiker zum Thema Überdiagnostik auf dem Laborbereich nicht ohne weiteres zu erwarten.
Für die Internisten gilt, daß auch sie nicht unvoreingenommen sein können, da zum einen die Labordiagnostik als Schlüssel zur Diagnose in der Ausbildung der Internisten eine zentrale Stellung einnimmt und zum anderen ein höherer Fallwertdurchschnitt dem niedergelassenen Internisten einen größeren Abrechnungsspielraum bietet.

Unter Berücksichtigung dieser Überlegungen verlieren die Kritik der Praktiker und die Verteidigungen einiger Inter-

nisten zum Thema "Überdiagnostik" an Aussagekraft. Denjenigen Internisten, die der Meinung sind, daß Überdiagnostik auf dem Laborbereich betrieben wird, ist aber eine unvoreingenommene, nicht von Standesinteressen geprägte Betrachtungsweise zu unterstellen.

Somit bestätigt sich die in der Dokumentenanalyse vermutete "Überdiagnostik" durch die Aussagen dieser Ärzte. Eine Kritik an übertriebener Labordiagnostik aus den Reihen der Ärzte selbst wird deutlich und glaubhaft.

Ein großer Teil der Ärzteschaft weist jedoch, unabhängig von der Arztgruppe, darauf hin, daß der durch Veröffentlichungen der Laienpresse und der Krankenkassen selbst geweckte Patientenwunsch nach einem regelmäßigen "Check" eine nicht unerhebliche Ursache für die steigende Zahl der Laborprogramme darstellt. Andererseits muß berücksichtigt werden, daß die zunehmende Automatisierung von Laborarbeit und der in großem Umfang vollzogene Anschluß der niedergelassenen Ärzte an leistungsfähige Gemeinschaftslabors Kapazitäten schafft, deren Ausnutzung für den einzelnen Arzt verlockend erscheinen kann. Eine "Nachfrageweckung" durch die Ärzte, für die der Schlüssel zur Diagnose vor allem im Labor liegt, ist somit nicht auszuschließen.

Als Begründung für das von uns mit der Kategorie "engere Schweigepflicht" beschriebene Verschweigen oder Umschreiben von für den Patienten peinlichen Diagnosen nennen uns die Ärzte deren Befürchtung, daß auf dem langen Weg der Formulare vor allem in den Betriebskrankenkassen eine Gewährleistung für die Geheimhaltung dieser sehr vertraulichen Daten nicht sicher erscheint. Die Anwendung der engeren Schweigepflicht ist bei bestimmten stigmatisierenden Diagnosen wie z.B. dem "Alkoholismus" innerhalb der Ärzteschaft umstritten.

Die Tatsache, daß wir bei chronisch internistischen Kranken eine hohe Zahl von Internisten auch als Hausärzte identifizieren, deckt sich mit den Aussagen von Internisten, daß sie sich trotz ihrer zunächst fachärztlichen Ausbildung den Aufgaben eines Hausarztes stellen. Die von uns im Kapital "Arztwahl" aufgeführte Bewertung, daß sich die Patienten jenen Arzt zum Hausarzt wählen, der ihre chronische Erkrankung optimal behandeln kann, paßt zu der Aussage der Internisten, daß sie über das Spektrum einer Hausarztfunktion hinaus auch im engeren Sinne fachärztlich arbeiten. Sowohl bei der Beschreibung der Arztwahl in der Dokumentenanalyse als auch in der Ärztebefragung zeigt sich, daß Orthopäden bis auf Ausnahmefälle eine Hausarztfunktion nicht ausfüllen können und wollen.

E. ANHANG

E. 1 Tabellen zum Text

Die in den Tabellen dargestellte Auswertung vergleicht das Dokumentationsverhalten von Praktikern und Internisten auf AU-Bescheinigungen und Krankenscheinen

Tabellen zur AU-Bescheinigung

Tabelle 1

Formale Routinisierung von AU-Bescheinigungen nach Arztgruppen.

Bei Praktikern bzw. Internisten fallen unter die Kategoriengruppe "formale Routinisierung"

	v.H.	absolut	berücksichtigte Gesamtzahl
Praktiker	34,4	64	186
Internisten	19,8	17	86
gesamt	29,8	81	272

Tabelle 2

AU-Bescheinigung ohne Befund sowie Kurz- und Einwortdiagnosen ohne Befund nach Krankheitsgruppen; Praktiker und Internisten im Vergleich

Von je 100 Praktikern bzw. Internisten fallen unter die Kategorie "fehlender Befund" bzw. "Kurz- u. Einwortdiagnose ohne Befund"

	Praktiker		Internisten	
	o.B. (%)	Kurz-Einw.o.B. (%)	o.B. (%)	Kurz-Einw. o.B. (%)
MD-Pat.	50,0	34,2	56,0	40,0
HK-Pat.	52,9	35,5	61,1	33,3
WS-Pat.	43,9	24,6	39,5	18,6
alle Pat.	46,8	28,5	48,8	27,9

Zu beachten ist, daß die Kategorie "Kurz- und Einwortdiagnose ohne Befund" eine Teilmenge der Kategorie "fehlender Befund" darstellt.

Tabelle 3

Häufigkeit der Verwendung von banalem Befund bei Praktikern und Internisten

Von den 186 Praktikern bzw. 86 Internisten verwenden einen "banalen Befund" auf AU-Bescheinigungen

	Häufigkeit (%)	Häufigkeit absolut
Praktiker	19,4	36
Internisten	14,0	12
gesamt	17,6	48

Tabelle 4

Häufigkeit der Verwendung von banalen Diagnosen bei Praktikern und Internisten

Von den 186 Praktikern bzw. 86 Internisten verwenden eine "banale Diagnose" auf AU-Bescheinigungen

	v.H.	absolut
Praktiker	9,7	18
Internisten	4,7	4
gesamt	8,1	22

Tabelle 5

Häufigkeit der Verwendung eines Befundes, der eine Maßnahme beschreibt, bei Praktikern und Internisten

Von den 186 Praktikern bzw. 86 Internisten zeigten ein solches Verhalten auf AU-Bescheinigungen

	v.H.	absolut
Praktiker	11,8	22
Internisten	9,3	8
gesamt	11,0	30

Tabelle 6

Verdachtsdiagnosen, Häufigkeit ihrer Verwendung

Von den 186 Praktikern bzw. 86 Internisten benutzen Verdachtsdiagnosen auf AU-Bescheinigungen

	v.H.	absolut
Praktiker	8,1	15
Internisten	11,6	10
gesamt	9,2	25

Tabelle 7

Häufigkeit der Verwendung einer sehr eingehenden Begründung der Arbeitsunfähigkeit auf dem AU-Formular

Von den 186 Praktikern bzw. 86 Internisten zeigen ein solches Verhalten

	v.H.	absolut
Praktiker	11,8	22
Internisten	9,3	8
gesamt	11,0	30

Tabelle 8

Häufigkeit eines AU-Begründungsbefundes

Von den 186 Praktikern bzw. 86 Internisten verwenden einen solchen Befund

	v.H.	absolut
Praktiker	14,5	27
Internisten	9,3	8
gesamt	12,9	35

Tabelle 9

Gefundene Häufigkeit eines "Hinweises zum Verlauf der Arbeitsunfähigkeit"

Von den 186 Praktikern bzw. 86 Internisten zeigen das beschriebene Verhalten

	v.H.	absolut
Praktiker	24,2	45
Internisten	16,3	14
gesamt	21,7	59

Tabelle 10

Häufigkeit der Dokumentation des Grundleidens der Patienten auf der AU-Bescheinigung

Von den 186 Praktikern bzw. 86 Internisten zeigen dieses Verhalten

	v.H.	absolut
Praktiker	11,3	21
Internisten	10,5	9
gesamt	11,0	30

Tabellen zum Krankenschein

Tabelle 11

Häufigkeit der Verwendung von "Fortschreibediagnosen" auf dem Kassenschein bei Praktikern und Internisten

Von den 186 Praktikern bzw. 86 Internisten verwenden solche Diagnosen

	v.H.	absolut
Praktiker	14,0	26
Internisten	15,1	13
gesamt	14,3	39

Tabelle 12

Häufigkeit der Verwendung von "Kurz- und Einwortdiagnosen" auf dem Kassenschein bei Praktikern und Internisten

Von den 186 Praktikern bzw. 86 Internisten verwenden solche Diagnosen

	v.H.	absolut
Praktiker	17,2	32
Internisten	5,8	5
gesamt	13,6	37

Tabelle 13

Häufigkeit der Verwendung eines Therapieprogrammes auf Kassenscheinen bei Praktikern, Internisten und Orthopäden. Dargestellt ist sowohl die Verteilung für die einzelnen Krankheitsgruppen als auch die Gesamtverteilung.

Von je 100 Praktikern, Internisten bzw. Orthopäden fallen unter die Kategorie "Therapieprogramm"

	Praktiker (%)	Internisten (%)	Orthopäden (%)
MD-Patienten	5,3	0	100,0
HK-Patienten	14,7	11,1	66,7
WS-Patienten	35,1	20,9	61,5
gesamt	25,3	12,8	64,4

Tabelle 14

Häufigkeit der Verwendung eines Diagnostikprogrammes auf Kassenscheinen bei Praktikern, Internisten und Orthopäden

Von je 100 Praktikern, Internisten bzw. Orthopäden fallen unter die Kategorie "Diagnostikprogramm" (aufgeteilt nach Krankheitsgruppen)

	Praktiker (%)	Internisten (%)	Orthopäden (%)
MD-Patienten	15,8	40,0	0
HK-Patienten	35,3	55,5	33,3
WS-Patienten	19,3	44,2	7,7
gesamt	21,5	45,3	8,9

Tabelle 15

Häufigkeit einer Allgemeinabrechnung auf Kassenscheinen bei Praktikern und Internisten

Von den 186 Praktikern bzw. 86 Internisten fallen unter die Kategorie "Allgemeinabrechnung"

	v.H.	absolut
Praktiker	29,6	55
Internisten	14,0	12
gesamt	24,6	67

Tabelle 16

Häufigkeit der Verwendung von Labordiagnosen auf Kassenscheinen bei Praktikern und Internisten

Von den 186 Praktikern bzw. 86 Internisten fallen unter die Kategorie "Labordiagnosen"

	v.H.	absolut
Praktiker	16,7	31
Internisten	24,4	21
gesamt	19,1	52

Tabelle 17

Häufigkeit der Verwendung von Verdachtsdiagnosen auf Kassenscheinen bei Praktikern und Internisten

Von den 186 Praktikern bzw. 86 Internisten fallen unter die Kategorie "Verdachtsdiagnosen"

	v.H.	absolut
Praktiker	7,0	13
Internisten	22,1	19
gesamt	11,8	32

Tabelle 18

Häufigkeit der Verwendung von entweder nur Verdachtsdiagnosen oder nur Labordiagnosen oder sowohl Verdachts- als auch Labordiagnosen bei Praktikern und Internisten. Es handelt sich um eine Vereinigungsmenge der Kategorien "Labordiagnosen" und "Verdachtsdiagnosen". Die Auswertung dieser beiden Kategorien macht die Bildung einer solchen Vereinigungsmenge sinnvoll.

Von den 186 Praktikern bzw. 86 Internisten fallen unter die Vereinigungsmenge

	v.H.	absolut
Praktiker	17,7	33
Internisten	33,7	29
gesamt	22,8	62

Tabelle 19

Häufigkeit der Dokumentation des Grundleidens der Patienten auf dem Kassenschein bei Praktikern und Internisten

Von den 186 Praktikern bzw. 86 Internisten fallen unter die Kategorie "Grundleiden"

	v.H.	absolut
Praktiker	18,8	35
Internisten	10,5	9
gesamt	16,2	44

Tabelle 20

Gefundene Häufigkeit einer Darstellung eines ausführlichen medizinischen Status auf dem Kassenschein in Form eines ausführlichen Scheines bei Praktikern und Internisten

Von den 186 Praktikern bzw. 86 Internisten fallen unter die Kategorie "ausführlicher Schein"

	v.H.	absolut
Praktiker	12,9	24
Internisten	4,7	4
gesamt	10,3	28

Tabelle 21

Häufigkeit entweder nur "Grundleiden" oder nur "ausführlicher Schein" oder "Grundleiden und ausführlicher Schein" (Vereinigungsmenge aus Tabellen 19 und 20) bei Praktikern und Internisten. Die Interpretation der beiden Kategorien macht die Bildung einer solchen Vereinigungsmenge sinnvoll (vergl. auch Tab. 18)

Von den 186 Praktikern bzw. 86 Internisten fallen unter diese Vereinigungsmenge

	v.H.	absolut
Praktiker	30,6	57
Internisten	14,0	12
gesamt	25,4	69

E. 2 Abb. 11: Interviewleitfaden für die Ärztebefragung

Ärztebefragung - Themenkreise und daraus resultierende Fragen

Erster Themenkreis: Die Arbeitsunfähigkeitsbescheinigung

1) Im Unterschied zum KS ist auf der AU die Rubrik "Befund" vorgegeben. Halten Sie dies für sinnvoll?
   - Wer kann Ihrer Ansicht nach damit etwas anfangen?

2) Welche Bedeutung haben bei der Befundformulierung die Beschwerden der Patienten?

3) Wie wird bei Ihnen das Ausstellen der AU-Verlängerung gehandhabt?
   - Wird die Verlängerung in Befund und Diagnose aktualisiert?

4) Bei welchen Krankheiten erübrigt sich für Sie ein Befund?

5) Unterscheidet sich der medizinische Gehalt Ihrer Diagnose auf der AU gegenüber der des KS?
   - Beurteilen Sei den Sachverstand der jeweiligen Adressaten unterschiedlich und richten Sie sich danach?

Zweiter Themenkreis: Der Krankenschein

1) Welche Diagnosen eines Patienten erscheinen auf dem KS?
   - Wer schreibt den KS aus, wie geschieht das?
   - In der Literatur gibt es den Begriff der Fortschreibediagnose (Untersuchung des ZI)
   - Inwieweit müssen Sei Ihre diagnostischen Leistungen gegenüber der KV rechtfertigen?
   - Wie ist das Verhältnis Ihrer Patientendatei zu den KS im Hinblick auf Verdachtsdiagnosen und Abschluß-

diagnosen für besonders solche Patienten, die mit einem unklaren Beschwerdebild zu Ihnen kommen?

2) Wie geschieht die Umschreibung Ihrer Leistungen in BMÄ-Ziffern?
   - Werden gelegentlich über eine Beratung hinausgehende Leistungen mit einer "1" abgerechnet und warum?

Dritter Themenkreis: Zur kassenärztlichen Routine

1) Sind die BMÄ-Ziffern Ihrer Meinung nach geeignet, ärztliche Leistungen vollständig zu beziffern? Wo sind Lücken?

2) Es gibt - durch Labortage auf Scheinen ersichtlich - den Vorwurf der Überdiagnostik. Wie stehen Sie dazu?
   - Welche Bedeutung für die Vorsorgemedizin haben Ihrer Ansicht nach Laborprogramme?
   - Welche Konsequenzen für die Therapie ergeben sich aus Laborprogrammen?

3) Dehnt sich Ihrer Meinung nach die ärztliche Schweigepflicht auch auf AU, KS oder beides aus, d.h. werden dort für den Patienten peinliche Diagnosen umschrieben oder verschwiegen?
   - Wie häufig ist dies, warum geschieht es? (Adressaten haben auch Schweigepflicht)

4) Welche Überlegungen führen zu einer Überweisung eines Patienten (außer aus medizinischer Indikation)?

5) Welchen Stellenwert hat für Sie die Hausarztfunktion?

Vierter Themenkreis: Technische Fragen

1) Die Abrechnung welcher Leistungen ist bestimmten Gebietsärzten vorbehalten?

2) Ist eine Rezeptausschreibung als "1" abrechnungsfähig?

3) Muß jede Ziffer durch eine geeignete Diagnose geklärt werden, oder genügen differentialdiagnostische Überlegungen wie z.B. "Oberbauchsyndrom"?

Fünfter Themenkreis: Fragen an Vertragsrechtler

1) Inwieweit prüfen Sie Form, inwieweit Inhalte von Abrechnungen, inwieweit müssen Sie dies tun?

2) Welche Möglichkeiten haben Sie, die Bestimmungen des § 368 e der RVO hinsichtlich eines Verbotes überflüssiger Leistungserbringung zu überprüfen?

3) Haben Sie die Möglichkeit, die Sinnhaftigkeit von Kassenscheindiagnosen aus den Krankenscheinen einzelner Patienten und somit quartalsübergreifend zu überprüfen?

4) Wie beurteilen Sie Diagnosen wie "z.B. Lipidstatus" o.ä.?

5) Wodurch zeichnen sich auffällige Ärzte aus?
   - Nach welchen Kategorien werden Ärzte bei Ihnen auffällig?

F. L I T E R A T U R

(1) Bergmann, E.; Knoblich, I.; Mohr, H.; Ruhl, U.;
Thiele, W. "Vergleich der Leistungsstruktur verschiedener Formen der ambulanten und stationären Versorgung"
Berlin 1979 (als Manuskript vervielfältigt)

(2) Brenner, G.; Schwartz, W.; Schwefel, D.
"Beiträge zur Analyse der Wirtschaftlichkeit ambulanter Versorgung"
Köln 1979 (Deutscher Ärzte Verlag, Verlagspost)

(3) v. Ferber, L.
"Verständigung zwischen Arzt und Patient" in
"Der Praktische Arzt" 9/71, S. 4868 - 4873

(4) v. Ferber, L.
"Sozialdialekte in der Medizin, Sprachverhalten von Laien, Praktikern und Wissenschaftlern" in
v. Böhme/Engelhardt
"Entfremdete Wissenschaft" S. 29 - 55
Frankfurt 1979 (Suhrkamp)

(5) Geißler, U.; Schach, E.
"Projekt Velbert/Stufe 1, Abschlußbericht"
Wissenschachtliches Institut der Ortskrankenkassen
Als Manuskript vervielfältigt (1977)

(6) Haehn, K. D.; Moehr, J. R.
"Verdenstudie"
Köln 1977 (Deutscher Ärzte Verlag)

(7) Scheuch, E. K.
"Das Interview in der Sozialforschung" in König, R.
"Handbuch der empirischen Sozialforschung" Bd. II, erster Teil, S. 66 - 185
Stuttgart 1973 (Enke)

(8) Kriz, J.; Lisch, J.
"Grundlagen und Modelle der Inhaltsanalyse"
Reinbeck bei Hamburg 1978 (Rowohlt)

(9) Schwartz, F. W.; Schwefel, D.
"Diagnosen in der ambulanten Versorgung (Aussagefähigkeit und Auswertbarkeit)
Eine Expertenumfrage in der Bundesrepublik Deutschland" 2. unveränderte Auflage
Köln 1980 (Deutscher Ärzte Verlag)

(10) v. Ferber, L.
"Zur Deckungsfähigkeit von klinischen und allgemeinmedizinischen Diagnosen" in
"Sozialpsychiatrie" (Schriftreihe ASA) S. 41 - 50
Stuttgart 1969 (Genter Verlag)

(11) Statistisches Bundesamt Wiesbaden
"Diagnoseschlüssel für die VäD-Statistik" in
"Internationale Klassifikation der Krankheiten (ICD)"
8. Revision, Dreistellige allgemeine Systematik
Stuttgart und Mainz 1968 (Kohlhammer)

(12) Schreiber, W. in
"Bericht der Sozialenquète-Kommission"
(Bogs, W.; Achinger, H.; Meinhold, H.; Neundörfer, L.; Schreiber, W.: Soziale Sicherung in der Bundesrepublik Deutschland) S. 210
Stuttgart 1966 (Kohlhammer)

(13) Engelhardt, K.-H.
"Der Kranke im Krankenhaus"
Stuttgart (Thieme) 1973

(14) Silomon, H.
"Zur Effizienz vertrauensärztlicher Vorladungsberatungen" in "Das öffentliche Gesundheitswesen"
34. Jg., Heft 8, S. 439 - 444
Stuttgart 1972

Unseren Eltern

Erklärung

Die vorliegende Arbeit wurde von uns gemeinschaftlich erstellt. Dabei war Gert Grellmann federführend bei der Durchführung und Auswertung der Dokumentenanalyse, die vorliegenden Ergebnisse sind im wesentlichen Resultat seiner Arbeit. Holger Friedrich leistete die Durchführung und Auswertung der Ärztebefragung, deren Ergebnisse im wesentlich Resultat seiner Arbeit sind.

Einleitung und Diskussion wurden gemeinsam erarbeitet, der gesamte abschließende Text gemeinsam formuliert.

Düsseldorf, im Juni 1983

Gert Grellmann Holger Friedrich

Gert Grellmann
Bodinusstraße 9
4000 Düsseldorf

Zweite Anschrift:
Friedrich-Ebert-Straße 8
4005 Meerbusch 1

L e b e n s l a u f

Geboren am:	8.1.1958 in Düsseldorf
Eltern:	Lothar Grellmann, Werbekaufmann Erna Grellmann geb. Nick
Schulbildung:	1964 - 1967 Gemeinschaftsschule an der Lindenstraße in Düsseldorf 1967 - 1976 Städt. Geschwister-Scholl-Gymnasium, Düsseldorf
Schulabschluß:	Abitur am 21.6.1976 am Geschwister-Scholl-Gymnasium, Düsseldorf
Bundeswehr:	Einberufung zum Wehrdienst am 4.10.1976 nach Budel/NL, weitere Ausbildung im Sanitätsdienst in Hamburg-Harburg, im Bundeswehr-Krankenhaus Detmold und in Dörverden-Barme (letzter Stationierungsort). Entlassung am 31.5.1977 aufgrund der Zulassung zum Studium
Studium:	Humanmedizin an der Universität Düsseldorf seit dem Sommersemester 1977, Ärztliche Vorprüfung im August 1979, 1. Abschnitt der Ärztlichen Prüfung im August 1980, 2. Abschnitt der Ärztlichen Prüfung im August 1982. Seit Oktober 1982 im 3. Klinischen Studienabschnitt im Evangelischen Krankenhaus Bethesda zu Duisburg, jetzt im 13. Studienfachsemester